



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur des Soins
Promotion 2006**

**Le projet de soins par les professionnels,
pour les patients.**

Carmen LE BORGNIC

Remerciements

A mes proches pour leur soutien.

A l'ensemble des professionnels rencontrés lors des entretiens qui par leur disponibilité et le partage de leurs expériences ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 APPROCHE CONTEXTUELLE, REGLEMENTAIRE ET THEORIQUE.....	5
1.1 Le contexte et l'évolution règlementaire	5
1.1.1 Le cadre règlementaire et l'évolution du projet d'établissement	5
1.1.1.1 Au départ, un projet pour anticiper et structurer les activités de l'hôpital.....	5
1.1.1.2 L'évaluation et la contractualisation donnent une nouvelle dimension au projet d'établissement	6
1.1.1.3 Le plan hôpital 2007 : un ensemble de dispositifs et de réformes destinés à moderniser l'hôpital	6
1.1.1.4 Un projet d'établissement dont la dimension stratégique se renforce	7
1.1.2 Le cadre règlementaire et l'évolution du projet de soins.....	9
1.1.2.1 Le projet de soins infirmiers reconnu par la loi n°91-748 du 31 juillet 1001 portant réforme hospitalière	9
1.1.2.2 Du projet de soins infirmiers au projet de soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques	10
1.1.2.3 De la CSSI à la CSIRMT	10
1.1.2.4 Un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : pourquoi ? Pour qui ?	10
1.1.2.5 Le directeur des soins initiateur et responsable de la mise en œuvre du projet de soins.....	11
1.1.2.6 Le projet de soins et les projets institutionnels	11
1.1.2.7 Le projet de soins et la nouvelle gouvernance.....	12
1.2 Un éclairage théorique par des concepts.....	13
1.2.1 Le projet	13
1.2.2 Le projet, source d'identité ?	16
1.2.3 Le changement.....	19
1.2.4 Le Management	22
1.2.5 La Communication.....	24
1.3 Hypothèses de recherche	26
2 APPROCHE COMPREHENSIVE PAR L'ETUDE DE TERRAIN.....	27
2.1 Objectifs de l'enquête	27
2.2 Présentation du lieu de l'enquête	27
2.3 Méthodologie de l'enquête	28
2.3.1 Les entretiens.....	28

2.3.2	L'analyse documentaire	29
2.4	Les limites de l'étude	29
2.5	Analyse des résultats.....	30
2.5.1	Présentation de la démarche relative au projet de soins sur chaque site.....	30
2.5.2	Le projet de soins : quel sens pour les acteurs et quelle réalité dans les pratiques ?.....	35
2.5.2.1	Perception globale du projet de soins selon les acteurs	35
2.5.2.2	Une réponse aux préoccupations soignantes	37
2.5.2.3	Les changements opérés et observables dans les pratiques	38
2.5.2.4	L'articulation du projet de soins avec les autres projets institutionnels	39
2.5.3	La conduite du projet de soins, de l'élaboration à sa mise en œuvre	41
2.5.3.1	Une démarche participative.....	41
2.5.3.2	La démarche d'élaboration du projet de soins conçue en regard du contexte	42
2.5.3.3	Le pilotage de la mise en œuvre du projet de soins	43
2.5.3.4	Le rôle de l'encadrement de proximité	44
2.5.3.5	Ce qui incite les acteurs à s'impliquer dans la démarche.....	45
2.5.3.6	Le projet de soins, opportunité de changement et source d'identité professionnelle	45
2.5.3.7	La communication autour du projet de soins.....	46
2.5.3.8	Le projet de soins et l'évaluation	48
2.5.4	Les limites de l'exercice et des interrogations qui persistent.....	49
2.5.4.1	Une nécessaire appropriation.....	49
2.5.4.2	Le PS et la nouvelle gouvernance.....	49
2.5.5	Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses	49
3	PROPOSITIONS ET AXES D'AMELIORATION	53
3.1	Avoir une vision stratégique et prospective	53
3.2	S'appuyer sur une méthodologie rigoureuse.....	54
3.3	Inscrire le management du projet de soins en cohérence avec la nouvelle gouvernance.....	56
3.4	Développer la communication et renforcer le suivi du projet de soins	58
3.5	Le management du projet de soins ou le projet de soins comme outil de management ?	59
3.6	L'évaluation et la formation pour accompagner le projet de soins	60
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	LISTE DES ANNEXES.....	I

ANNEXE 1	II
ANNEXE 2	VII

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CSSI	Commission des Soins Infirmiers
DAQRU	Direction de l'Accueil, de la Qualité et des Relations avec les Usagers
DS	Direction des Soins
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
PE	Projet d'Etablissement
PEC	Prise en Charge des Patients
PS	Projet de soins
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarifification à l'activité

INTRODUCTION

La notion de projet fait partie intégrante de notre langage courant et se conjugue sous toutes les formes : projet de société, projet personnel, projet professionnel, projet d'entreprise.

Bernard Honoré dans « *l'hôpital et son projet d'entreprise* » situe le projet comme « *un élément fondamental de l'identité d'une entreprise qui met en phrase une culture en devenir, et qui situe l'entreprise par rapport à l'environnement* ». Cette définition donne sens aux multiples projets que l'on retrouve à l'hôpital : projet d'établissement, médical, soins, qualité. Ils précisent les liens de l'établissement avec son environnement et inscrivent l'hôpital dans un devenir en regard de l'évolution des besoins en soins d'un territoire. A noter l'incitation forte par le législateur, dès 1991¹, à développer cette démarche projet en rendant obligatoire l'élaboration du projet d'établissement. Le principe est de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour définir les objectifs généraux de l'établissement dans les domaines des soins, de la formation, et de la recherche. Actuellement, le nombre de projets menés conjointement dans un établissement peut s'avérer conséquent, ce qui peut générer des difficultés de coordination et donc interroger la conduite du projet

Nous pouvons illustrer ce questionnement : « *du projet à la conduite de projet* » en le centrant, sur la conduite du projet de soins, en regard de notre fonction de directeur des soins, « *responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soins* » selon le décret 2002-550².

Son aspect opérationnel nous apparaît être un enjeu et une priorité dans notre exercice futur. Pour autant les expériences que nous avons pu avoir en ce domaine, conjuguées à d'autres retours d'expériences plus ou moins satisfaisants, nous interpellent fortement.

L'origine de notre questionnement est issue d'une situation rencontrée dans notre pratique professionnelle.

Dans l'établissement où nous exerçons, la direction des soins avait entrepris d'élaborer le projet de soins, suite à l'adoption du projet médical. La démarche adoptée pour l'élaboration de ce projet s'appuie sur une méthode rigoureuse et

¹ Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière.

² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps d directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

participative : constitution d'un comité de pilotage, d'une équipe projet intégrant la commission des soins, recours à un consultant externe garant du respect de la méthodologie. La définition et la hiérarchisation des thématiques sont retenues en concertation avec les services cliniques et soumises à la validation du comité de pilotage. Un calendrier prévisionnel des actions est élaboré. Au cours de cette démarche, les services d'hospitalisation participent activement en exprimant leurs idées, leurs valeurs relatives à la conception des soins puis en validant et/ou amendant, les propositions émises par le groupe projet. De même, l'équipe projet s'active lors de la production à respecter les attentes des professionnels soignants, et exprime sa satisfaction à travailler sur ce mode participatif et interactif. Ainsi, la mobilisation et l'implication des professionnels sont très importantes dans cette phase d'élaboration. Pour autant, la mise en œuvre de ce projet ne se réalise que partiellement, et les constats suivants sont observés :

- certaines actions sont mise en œuvre dans le temps imparti : amélioration de la prise en charge de la douleur, harmonisation et optimisation des pratiques relatives à la prise en charge des personnes décédées.
- d'autres sont sources de controverse : l'évaluation de la charge de travail qui semble davantage relever de la responsabilité de la direction des ressources humaines que de la direction des soins, la tenue du dossier de soins du fait de divergences entre le plan d'action qualité et le projet de soins.

Ainsi l'opérationnalité du projet de soins reste limitée, ce qui génère un sentiment d'incompréhension des acteurs concernés, voire une frustration pour les personnes qui se sont investies lors de l'élaboration du projet.

Ces constats amènent plusieurs questionnements :

Quelle est la cohérence et l'articulation institutionnelles entre les différents projets ?

Comment les acteurs concernés par le projet de soins se situent ils dans cet ensemble ?

- Quelle perception les acteurs ont ils de la mise en œuvre du projet de soins ?
- Quel est impact de cette perception sur l'implication et l'engagement des acteurs ?
- Quels sont les facteurs qui permettraient de valoriser et de maintenir l'implication des personnels paramédicaux de l'élaboration du projet à sa concrétisation ?

Nous saisissons l'opportunité du premier stage de la formation pour approfondir notre réflexion puisque l'établissement d'accueil vient de réaliser le bilan du projet de soins en cours, et débute l'élaboration du nouveau. Des entretiens menés, auprès de cadres, d'un directeur adjoint, d'un directeur des soins, nous font retenir la question de départ suivante.

En quoi l'implication des professionnels paramédicaux dans la mise en œuvre du projet de soins est-elle conditionnée par le management de ce projet ?

Outre sa finalité centrée sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers, le projet de soins est-il aussi un outil de management pour le directeur des soins ?

Ce projet serait-il l'opportunité de fédérer les professionnels paramédicaux, autour d'une réflexion aboutissant à l'élaboration d'objectifs communs ?

Pour autant, des mémoires de directeurs des soins réalisés sur ce thème démontrent une hétérogénéité en terme de perception du projet de soins et d'implication dans sa mise en œuvre selon les catégories professionnelles. Ainsi une mobilisation et motivation présentes lors de l'élaboration du projet ne signifieraient pas systématiquement une mise en œuvre réussie du projet. L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins entrent dans le champ de la responsabilité du directeur des soins. Il lui appartient d'être garant de la cohérence du projet, à travers un management centré sur l'atteinte des objectifs et la participation des professionnels.

Ce rôle paraît d'autant plus fondamental à l'aube de l'organisation en pôle qui renforce le besoin de mobiliser, de responsabiliser donc de reconnaître les potentiels des acteurs. L'enjeu de rendre opérationnel le projet de soins prendrait alors tout son sens et contribuerait à la valeur ajoutée apportée par la direction des soins au sein de l'équipe de direction.

Par conséquent nous souhaitons saisir l'opportunité de ce mémoire pour clarifier et approfondir notre questionnement, afin de pouvoir identifier les conditions de réussite et aussi les éléments limitant la mise en œuvre du projet de soins. L'objectif final étant de formuler des propositions pour orienter les stratégies du directeur de soins en terme de management et de conduite du projet de soins.

Ainsi la première partie de ce travail, précisera l'évolution du contexte réglementaire et son impact sur le projet d'établissement et sur le projet de soins, ce dernier étant indissociable des orientations de l'établissement. Un détour théorique par des concepts permettra d'étayer notre questionnement, et de poser des hypothèses. Dans un deuxième temps, nous vérifierons ces hypothèses, par l'analyse des résultats de l'enquête menée auprès de deux établissements. Enfin nous formulerons des propositions d'actions, relatives à la conduite du projet de soins, en regard de notre exercice futur.

1 Approche contextuelle, réglementaire et théorique

1.1 Le contexte et l'évolution réglementaire

Un détour par le cadre réglementaire et l'évolution du projet d'établissement nous apparaît indispensable, le projet de soins étant une composante du projet d'établissement.

1.1.1 Le cadre réglementaire et l'évolution du projet d'établissement

1.1.1.1 Au départ, un projet pour anticiper et structurer les activités de l'hôpital

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire » selon la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et remodelée par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui précise que ce projet doit comporter un projet social. Ce projet détermine également les moyens dont l'établissement doit disposer pour atteindre ses objectifs. Le projet d'établissement est réalisé pour une période de cinq ans.

Ainsi dès 1991, le législateur incite les acteurs hospitaliers à s'engager dans une démarche globale et prospective, visant à mobiliser leurs ressources, autour d'objectifs partagés, qui prennent en compte l'environnement externe (SROS 1)³, en s'inscrivant dans une logique de planification avec un calendrier défini. La priorité, à cette époque semble résider dans une recherche de structuration et d'anticipation des activités au sein de l'établissement, et d'engagement des acteurs dans une réelle politique interne d'établissement, même si le contexte externe est également évoqué. Le projet d'établissement (PE) représente l'opportunité d'écrire « son destin » pour mieux l'appréhender, il est un instrument de globalité, de cohérence et de réalité.

³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de première génération.

1.1.1.2 L'évaluation et la contractualisation donnent une nouvelle dimension au projet d'établissement

L'ordonnance 24 avril 1996⁴, fait apparaître de nouveaux acteurs dans le système de santé, qui vont renforcer les exigences relatives au projet d'établissement.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé est responsable d'initier une procédure externe d'évaluation (accréditation, version V1), obligatoire pour tout établissement hospitalier, qui inscrit les modalités de son engagement dans la démarche d'accréditation au sein de son projet d'établissement. Il s'agit d'améliorer la qualité des prestations par le développement d'une culture de l'évaluation à l'hôpital.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), niveau de décision régional en matière d'hospitalisation, vise à atteindre une adéquation entre les besoins de santé d'une population et l'offre de soins.

Dès 1999, les SROS 2 succédant aux SROS1, affinent davantage l'évaluation des besoins en santé des populations grâce à l'amélioration des sources d'informations en matière d'épidémiologie et de démographie, ce qui permet de proposer une organisation plus adaptée de l'offre de soins.

Ainsi, les établissements se trouvent confrontés à des demandes plus prégnantes de cohérence de leur projet d'établissement avec l'environnement externe (complémentarités inter établissements, développement de réseaux...), tout en poursuivant leur effort de réorganisation interne, de mutualisation de leurs moyens, dans une recherche d'amélioration continue de la qualité des soins. Ces projets d'établissements se traduisent par la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARH qui précisent les engagements respectifs des deux parties: orientations stratégiques, objectifs en terme de qualité, et de sécurité des soins pour l'établissement, identification des ressources allouées par l'ARH, pour que l'établissement puisse répondre aux objectifs fixés.

1.1.1.3 Le plan hôpital 2007 : un ensemble de dispositifs et de réformes destinés à moderniser l'hôpital

Le système hospitalier est confronté au défi de son adaptation permanente à l'évolution rapide des techniques et des pratiques médicales, à l'évolution des attentes et des demandes des patients⁵. Or dans ce contexte de changements rapides, il s'avère que l'organisation interne de l'hôpital a peu évolué, qu'elle démontre une insuffisance de réactivité, constat partagé par les professionnels du secteur sanitaire et mis en évidence dans le rapport Debrosse, Perrin, Valencien sur la modernisation de l'hôpital public et de

⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁵ En référence à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

sa gestion sociale. Une réforme de l'hôpital s'impose et donne naissance au plan hôpital 2007 qui vise les quatre objectifs suivants :

- Relancer l'investissement hospitalier, rendu inéluctable face à la vétusté du parc hospitalier (6 milliards d'euros sur 5 ans)
- Simplifier l'organisation sanitaire et faciliter les coopérations entre établissements
- Réformer le financement de l'hôpital : mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A)
- Moderniser le management interne de l'hôpital en réformant ses règles d'organisation et de fonctionnement à travers la nouvelle gouvernance.

Ces objectifs s'inscrivent dans un contexte d'augmentation exponentielle de la demande en soins, sans disposer des ressources financières pour pouvoir y répondre. Plusieurs lois publiées en 2004⁶ tentent de proposer des mesures afin de concilier le maintien d'une offre de soins de qualité et une nécessaire rationalisation de l'organisation de cette offre.

L'hôpital, partie importante dans l'offre de soins, (l'hospitalisation représente 51,5% des dépenses de l'assurance maladie en 2003) est totalement impliqué dans ce courant de réformes majeures, avec une influence notable sur son projet d'établissement.

1.1.1.4 Un projet d'établissement dont la dimension stratégique se renforce

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁷, introduit par son article L 6121.2, la notion d'annexe au schéma de l'organisation sanitaire qui précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé, et par type d'activités de soins. Les SROS de 3^{ème} génération, élaborés en 2006, dans le cadre d'une méthodologie participative, disposent d'une information de plus en plus pertinente des besoins de la population, déclinent au niveau régional les axes de la politique de santé publique (loi du 9 août 2004), et engagent les établissements à développer des complémentarités en fixant les objectifs quantifiés de l'offre de soins à travers leurs annexes qui sont opposables. Le projet d'établissement ne comporte plus le classique « *programme des besoins en lits* » mais se réfère désormais à sa contribution au volume d'activité, objectif quantifié par activité de soins assigné au territoire de santé, ce dernier se substituant au secteur sanitaire.

Ce projet doit aussi prendre en compte le projet médical de territoire, en cours d'élaboration selon les régions.

⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁷ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Outre la prise en compte des orientations du SROS 3, les établissements doivent aussi intégrer en interne : **l'évolution de la démarche d'accréditation, et la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance**.

« Le projet d'établissement, définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge du patient, en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques, ainsi qu'un projet social. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du SROS et définit dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé, ..., et d'actions de coopérations. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. » selon l'ordonnance du 2 mai 2005⁸.

Le législateur affirme bien la nécessité d'inscrire les objectifs de ce projet dans une dimension territoriale, en s'appuyant sur des complémentarités et des collaborations. Il s'agit d'inscrire les activités de l'établissement dans une offre de soins graduée, en complémentarité de l'offre existante afin de garantir à l'utilisateur, quelle que soit sa localisation, un accès sécurisé à des soins de qualité, dans une logique de rationalisation et non de rationnement. En fait, depuis 1991, la préoccupation du législateur reste d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population, en tenant compte des évolutions sociétales, technologiques, démographiques (professionnels de santé, vieillissement de la population), dans une logique d'efficacité. L'amélioration des sources d'information, des démarches d'évaluation conduit à une meilleure lisibilité et approche prospective des besoins et de l'offre de soins ce qui permet de renforcer les mécanismes de régulation indispensables à l'efficacité et à la survie du système de soins.

Les réformes engagées conduisent l'hôpital à orienter son projet d'établissement vers une recherche de performance et d'efficacité avec une prise en compte renforcée du contexte externe (volonté de dépasser l'hospitalo-centrisme). La cohérence et la dimension stratégique du PE sont renforcées par la modernisation de son management interne (organisation en pôles d'activités, développement de la délégation de gestion au niveau des pôles, de la contractualisation interne visant à mobiliser et responsabiliser les acteurs hospitaliers, par la mise en œuvre d'objectifs stratégiques) dans un nouveau cadre

budgétaire se voulant plus incitatif, lisible et prospectif (basé sur le financement de l'activité réalisée, sur la prévision des recettes et des dépenses).

A l'ère des PE de troisième génération, l'évolution notable des exigences attendues par l'ARH complexifie leurs mises en oeuvre qui doit intégrer des critères de plus en plus nombreux. Cependant, l'antériorité de la démarche et les compétences méthodologiques acquises en évaluation à travers l'accréditation peuvent favoriser l'appropriation du processus. L'enjeu de décloisonnement reste primordial nécessitant un engagement fort des acteurs notamment des médecins, acteurs essentiels dans la production et l'évolution des soins.

Le PE s'inscrit bien dans une démarche stratégique : reconnaissance des finalités de l'établissement, définition des buts(orientations), diagnostics internes et externes, prospective (évolution des activités, des organisations), fixation d'objectifs, formulation des stratégies possibles, choix des stratégies (arbitrages interne et externe), mise en oeuvre, évaluation.⁹

Nous allons poursuivre cette lecture de l'évolution réglementaire au niveau du projet de soins.

1.1.2 Le cadre réglementaire et l'évolution du projet de soins

1.1.2.1 Le projet de soins infirmiers reconnu par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

L'article L 714.26 affirme « *la création dans chaque établissement d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général, membre de l'équipe de direction* ». Ce même article précise qu'il est institué une commission de soins infirmiers présidée par le directeur du service de soins. Celle-ci est consultée notamment sur « *l'organisation générale des soins infirmiers, sur l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers* » ainsi que sur « *l'évaluation des soins* ». Ce texte, fondateur, reconnaît l'importance du service de soins infirmiers, le dote d'une direction spécifique avec une instance consultative¹⁰, ayant une voix délibérative au conseil

⁸ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁹ GUILLOU M., Stratégies et projets d'établissements, Introduction et base conceptuelle, département MATISS, Cours ENSP, p.20

¹⁰ Commission du Service de Soins Infirmiers. CSSI

d'administration de l'établissement. Charge à ce service de soins infirmiers d'élaborer le projet de soins infirmiers, composante du projet d'établissement.

1.1.2.2 Du projet de soins infirmiers au projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

L'ordonnance 24 avril 1996 précise à travers l'article L710.5 l'obligation des établissements à s'engager dans la procédure externe d'évaluation pour assurer l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins. Cette obligation concerne de fait le service de soins infirmiers déjà sensibilisé à la notion « *d'évaluation des soins* » par l'article 714-26 de la loi pré citée.

Le décret n° 2002-550 faisant évoluer la fonction d'infirmier général vers celle de directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, transforme le projet de soins infirmiers en projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ce projet de soins paramédicaux se concrétise et s'intègre aux PE de 3^{ème} génération.

1.1.2.3 De la CSSI à la CSIRMT

La fonction de directeur des soins génère une modification de la CSSI. L'article L.6146.9 CSP issu de l'ordonnance du 2 mai 2005, substitue une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) à la commission du service de soins infirmiers (CSSI). Les attributions de cette nouvelle instance et ses règles de composition, d'organisation et de fonctionnement sont définies par voie réglementaire¹¹. Cette instance, est élargie aux personnels de rééducation et médico-techniques. Les représentants à la CSIRMT sont élus à la différence du tirage au sort pratiqué pour la CSSI.

Enfin, les attributions de cette nouvelle commission sont renforcées. Elle est consultée aussi sur l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation interne de l'établissement.

1.1.2.4 Un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : pourquoi ? Pour qui ?

Composante du projet d'établissement, le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-technique précise les objectifs de soins en regard des orientations médicales et de la politique d'établissement. Il reflète les valeurs soignantes des personnels concernés et leur donne le cadre de référence nécessaire pour donner sens à leurs pratiques au

¹¹ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

quotidien. Il vise à dispenser aux usagers des soins paramédicaux adaptés, personnalisés et coordonnés. Le projet de soins doit garantir la qualité et la cohérence de la prise en charge soignante, en affirmant les priorités et les valeurs institutionnelles.

Il décrit les modalités d'organisation nécessaire pour y parvenir et prévoit l'évaluation des objectifs fixés pour permettre les réajustements éventuels, en tenant compte du contexte et des projets institutionnels, des évolutions réglementaires, des orientations de la politique de santé publique. Ses finalités sont centrées sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles paramédicales, et de la satisfaction des usagers.

Ce projet de soins représente d'une part **une plus value qualitative** pour l'utilisateur et d'autre part **une opportunité pour fédérer les professionnels paramédicaux** autour d'objectifs partagés d'amélioration de la qualité des soins.

1.1.2.5 Le directeur des soins initiateur et responsable de la mise en œuvre du projet de soins

L'article 4 du décret n° 2002-550 précise que le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* »

- Le directeur des soins est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soins.
- Ce projet se construit avec l'ensemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques .
- Ce projet s'inscrit réglementairement dans une démarche d'amélioration de la qualité, donc en interaction avec la démarche de certification.

Ce projet de soins, visant l'amélioration des prestations soignantes, représente une opportunité en terme de management pour le directeur des soins afin de développer une culture soignante partagée, autour d'objectifs communs. En ce sens, la conduite et la réussite de ce projet sont des enjeux forts pour le directeur des soins.

1.1.2.6 Le projet de soins et les projets institutionnels

Membre de l'équipe de direction, par sa connaissance des priorités et des différents projets institutionnels, le directeur des soins doit veiller à la cohérence du projet de soins avec les autres projets et repérer les articulations possibles, par une approche systémique.

Le projet médical, ossature du projet d'établissement nécessite une attention particulière, le processus de prise en charge du patient relevant des équipes médico-soignantes.

Le projet social, centré sur les conditions de travail des professionnels, l'évolution des compétences peut également présenter des passerelles avec le projet de soins.

La notion de « *projet de prise en charge du patient* », précisée dans l'ordonnance du 2 mai 2005, qui appelle à renforcer l'articulation entre le projet médical et le projet de soins semble à ce jour interprétée différemment dans les projets d'établissement en cours d'élaboration.

- Projet identifié, en sus du projet médical et du projet de soins, relevant de la direction de la qualité et centré sur les droits des patients.
- Se substituant au projet de soins, en collaboration avec les médecins, tout en maintenant le projet médical.
- Partie constitutive du projet de soins, travaillée en collaboration avec la communauté médicale.

1.1.2.7 Le projet de soins et la nouvelle gouvernance

L'organisation de l'établissement en pôles d'activités devant élaborer leur projet de pôle, peut interroger le devenir du projet de soins.

Quelle est alors sa place ?

Comment peut-il être une plus value, sans représenter un projet de plus qui se superpose aux projets de pôles ?

La difficulté actuelle réside dans le fait que nombre d'établissements rédigent leur projet d'établissement, en affichant leur répartition en pôles, mais où le fonctionnement des pôles n'est pas encore une réalité. La majeure partie des projets d'établissements de 3^{ème} génération se réalise dans cette période transitoire d'application réglementaire où les apprentissages de ces nouveaux modes de fonctionnement et d'organisation sont hétérogènes et plus ou moins balbutiants.

Pour autant, on peut penser que le projet de soins selon sa conception, tant sur le contenu que sur la méthodologie initiée, peut être un moyen de coordination entre les pôles, le risque de « *balkanisation* » étant à prévenir. Il appartient au directeur des soins de relever ce défi.

A l'instar du projet d'établissement, le projet de soins a connu une évolution certaine au cours des 10 dernières années. Progressivement, élargi à l'ensemble des professionnels soignants non médicaux, ce projet de soins doit améliorer la coordination de la prise en charge soignante et réduire les cloisonnements parfois corporatistes entre les professionnels, par une réflexion plurielle sur l'amélioration de la qualité des soins. L'évolution réglementaire, la démarche de certification, le contexte budgétaire des établissements rendent nécessaire une recherche permanente d'articulation et de cohérence du projet de soins avec les autres projets institutionnels. Il s'agit d'impliquer et de responsabiliser les acteurs concernés afin de garantir des soins de qualité et coordonnés aux patients, dans une démarche de rationalisation et d'optimisation des

moyens. En ce sens, nous pouvons dire que les exigences attendues par la tutelle, les usagers et les professionnels quant au projet d'établissement se déclinent également au niveau du projet de soins.

Pour poursuivre notre réflexion, un détour théorique par un certain nombre de concepts apparaît nécessaire. En regard de notre problématique qui concerne à la fois le sens du projet de soins et le management de ce projet, nous allons approfondir les notions de projet, d'identité, de changement, de management, de communication.

1.2 Un éclairage théorique par des concepts

1.2.1 Le projet

Projet peut être relié à l'étymologie latine du verbe *projicio* « *jeter en l'avant* » dont le préfixe *pro* signifie « *qui précède dans le temps* ».

Le petit robert définit le projet comme « *l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre* ». Ainsi, le projet s'inscrit dans une temporalité et une logique d'anticipation, devenant une référence obligée de notre société où la complexité, le rythme accéléré des changements technologiques, scientifiques conduit l'individu à une recherche de maîtrise du temps à venir pour s'adapter aux changements permanents, et/ou pour les initier.

Le projet représente selon J.P Boutinet « *une intention opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré* »¹². Intentionnalité et opérationnalité sont donc indissociables dans le projet.

J.P Boutinet décrit les deux temps du projet :

- **Sa conception** par un travail d'idéation
- **Sa réalisation** par l'action

Selon ce même auteur, les caractéristiques majeures du projet sont :

- *Son exemplarité* : le projet s'éloigne du banal, du quotidien pour penser un inédit idéalisé, un ailleurs souhaitable à réaliser
- *Son opérativité* : nécessité pour le projet d'être concrétisé à travers une forme appropriée d'explicitation
- *Sa pronominalisation* : le projet n'a rien à voir avec l'anonymat, il est toujours lié à un acteur individuel ou collectif, bien identifié, qui se décide, se détermine, s'organise... se comporte comme un auteur.¹³

¹² BOUTINET J.P, Anthropologie du projet, Paris, Editions PUF, 1990, p.77

¹³ BOUTINET J.P, Psychologie des conduites à projets, Paris, Editions PUF, 1993, p.34

Le projet apparaît donc en oscillation entre un espace intentionnel (recherche du sens, opportunité d'innovation) et un espace de concrétisation (action, réalisation). Il nécessite et/ou permet la mobilisation des individus à titre individuel ou collectif (projet scolaire, professionnel, projet d'entreprise, projet sociétal...). *L'opérativité du projet dépend de son explicitation*, ce qui interroge tant la façon de conduire ce projet que la politique de communication dont il bénéficie. Devenant l'instrument privilégié voire incontournable de notre société moderne, le projet s'inscrit dans l'histoire de l'innovation des organisations de travail. Le projet peut être alors un guide pour l'action, favorisant la participation des acteurs, utilisant « *le capital d'inventivité que renferme tout système social* »¹⁴, permettant une lisibilité des orientations par une stratégie d'anticipation.

Le projet comporte une facette méthodologique qui le conduit de l'élaboration à son évaluation.

- **L'élaboration du projet** comportant une analyse et un diagnostic de la situation initiale, les objectifs et les orientations retenues, le plan d'actions.
- **La mise en œuvre du projet** par la réalisation des actions, et son évaluation intégrant les éventuels réajustements.

Si le concept de projet a envahi précocement le monde de l'entreprise, il est apparu plus tardivement dans le monde hospitalier. Comme précisé au chapitre précédent, le projet d'établissement et donc le projet de soins sont devenus des références obligées suite à la loi du 31 juillet 1991. Pour autant, la notion de projet était déjà présente à l'hôpital sous diverses formes (projet thérapeutique, projet de recherche...) mais le législateur a voulu engager les acteurs hospitaliers dans une démarche globale et stratégique pour développer une culture et une dynamique d'établissement en vue d'améliorer la performance de l'hôpital.

*Le projet, de par ses caractéristiques méthodologiques de distanciation, son exigence de globalité, va représenter l'outil approprié pour appréhender la complexité, c'est à dire pour gérer de manière prioritaire non plus un seul mais une pluralité de paramètres à la fois*¹⁵.

Le projet apparaît bien être l'instrument pertinent à utiliser à l'hôpital, milieu particulièrement complexe de par la diversité des acteurs, « l'explosion technologique », l'évolution de la demande sociale et les contraintes de coût, où l'implication et la coordination des acteurs sont indispensables, mais encore difficiles à initier.

¹⁴ BOUTINET JP., Op cit, p.139

¹⁵ BOUTINET J.P, Psychologie des conduites à projets, Paris, Editions PUF, 1993, p.16

Enfin, l'analyse suivante de JP. Boutinet présentant le projet, comme antidote possible à ce qui est susceptible de le menacer, s'adapte, à notre sens au projet de soins.

*Le projet comme :*¹⁶

- *inédit vital, antidote de la répétition et de la mort.* Pour le projet de soins il s'agit de créer une dynamique soignante, de réinterroger l'existant, de proposer des améliorations pouvant amener des changements afin de prévenir toute « *routine des organisations* ».
- *anticipation méthodologique, antidote de l'impulsion et improvisation.* Le projet de soins se construit par une méthodologie rigoureuse, participative (gage d'efficacité du projet) et se décline en actions programmées sur cinq ans.
- *recherche existentielle de sens, antidote de l'absurde et du hasard.* Le projet de soins permet de donner sens aux organisations, aux pratiques professionnelles paramédicales, par une réflexion sur les valeurs et le sens des soins à prodiguer au patient.
- *innovation culturelle, antidote de la régression, et de la marginalisation.* Source et issu d'une réflexion commune, le projet de soins contribue au développement d'une culture soignante, du professionnalisme, de l'amélioration des pratiques.

A la lecture de ces éléments, le projet se voit doter d'une connotation largement positive. Pour autant ne négligeons pas ses dérives possibles identifiées par JP. Boutinet¹⁷.

- *Le déni de projet,* à valeur incantatoire, à dominante prescriptive par « *ceux qui pensent au détriment de ceux qui exécutent* ».
- *L'injonction paradoxale,* avec mise en demeure à se lancer dans un projet
- *Le totalitarisme de la conception planificatrice* où « *la conception devient prédominante sur la réalisation et n'admet aucun écart ni improvisation de cette dernière* »
- *Le technicisme des procédures,* où le projet se réduit à une succession d'objectifs.
- *Le projet par mimétisme,* type projet clé en mains, sans prise en compte du contexte.

Ainsi, en évitant le piège des dérives du projet, ce dernier demeure un concept très prisé par les organisations et les acteurs décisionnels qui y voient :

- Un moyen d'anticiper, de se projeter, d'innover, d'amener le changement
- Un outil de lisibilité et de visibilité des orientations

¹⁶ BOUTINET J.P, Anthropologie du projet, Paris, Editions PUF, 1990, p.366

¹⁷ Ibid, p.112

- Un support de communication
- Un moyen de mobilisation et d'évolution des acteurs en leur permettant d'exprimer leur créativité
- Un moyen de régulation, permettant de gagner en efficience.

Le projet étant indissociable de l'acteur (agissant, subissant, initiant), un détour par le concept de l'identité peut nous éclairer sur le lien entre projet et identité.

1.2.2 Le projet, source d'identité ?

Il n'y a pas de projet sans auteur. Pour les projets collectifs, à l'instar du projet de soins, nous nous situons donc dans un espace d'interactions sociales, pouvant être porteur en terme de construction identitaire si l'on se réfère à E. Goffman qui a démontré au cours de ses recherches dans le milieu asilaire comment l'identité se développe au cours de l'interaction, et quelles stratégies identitaires l'individu peut être amené à développer en fonction de son environnement. Le petit Robert assimile l'identité d'une personne au fait « *d'être tel individu et de pouvoir être reconnu sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent* ». Cette définition légale inscrit le concept d'identité à deux niveaux, « *ce par quoi je me définis, ce par quoi je me suis reconnu* », ce qui correspond à :

- l'identité attribuée par autrui, c'est à dire ce que « *je suis pour autrui* »
- l'identité pour soi, à savoir qui « *je veux être* »

Deux mécanismes concourent donc au processus identitaire¹⁸ : l'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu et l'incorporation de l'identité par les individus eux mêmes. Il n'y a pas forcément d'adéquation entre les résultats de ces deux mécanismes ce qui conduit, selon C. Dubar, l'individu à développer des stratégies identitaires prenant la forme :

- de transactions « *externes* » ou objectives, visant à accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui
- de transactions « *internes* » ou subjectives qui concilie le maintien d'une partie des identifications antérieures (identités héritées) et le désir de se construire de nouvelles identités (identités visées)

Pour C. Dubar, l'articulation entre ces deux transactions représente la clé du processus de constructions des identités sociales.

Ainsi, c'est par la réponse au besoin de reconnaissance (se connaître, se reconnaître, se sentir reconnu) que l'individu ou le collectif développe son identité, processus permanent, en constante évolution à travers les trajectoires personnelles et professionnelles.

¹⁸ DUBAR C., La socialisation, Paris, Editions Armand Collin, 2000, p.109-110

L'identité professionnelle est possible, selon J.P. Boutinet « *si le travail n'est pas répétitif, c'est à dire, si son contenu arrive à mobiliser chez l'intéressé des capacités de choix et de décision* »¹⁹.

De même, « *associer identité et projet, c'est vouloir signifier que le projet n'est pas qu'une anticipation opératoire ; il est aussi un certain désir de reconnaissance à travers la façon de vivre le moment présent ou mieux la façon d'envisager la relation présent- futur* »²⁰.

Conçu ainsi, le projet de soins, défini au chapitre précédent, peut représenter un espace d'**interactions**, de **reconnaissance** des professionnels concernés, d'**appartenance** à un système centré sur des valeurs partagées et des objectifs communs, un **espace d'initiative** pour les acteurs ; en somme, une opportunité pour le développement de processus d'identification. En ce sens **le projet de soins** est porteur **d'identité professionnelle pour les soignants**.

Le projet de soins de par sa définition, est amené à questionner les relations entre les professionnels, et les organisations de travail.

« *L'organisation sociale du travail n'a pas que des produits économiques et techniques, elle engendre aussi des conséquences au plan des individus et leur système de personnalité* »²¹.

R. Sainsaulieu, insiste notamment sur « *l'importance des relations interpersonnelles au travail où se développent constamment des phénomènes d'identification projective ou imitative* »²².

Les travaux menés par ce sociologue sur les organisations de travail participatives mettent en lumière que ces organisations recherchent autant la mobilisation des acteurs que l'efficacité de l'entreprise. R. Sainsaulieu définit quatre modèles de relations interpersonnelles :

- Le retrait, où l'investissement majeur n'est pas dans le travail et où le groupe a peu d'existence collective.
- La fusion, où la vie de travail a une signification pour elle même, les relations au sein du groupe sont intenses et fortement affectives, peu sensibles aux différents points de vue. Il existe une cohésion très forte du groupe contre toute menace d'éclatement.

¹⁹ BOUTINET J.P, Anthropologie du projet, Paris, Editions PUF, 1990, p.87

²⁰ Ibid, p.87

²¹ SAINSAULIEU R., L'identité au travail, Paris, Editions Presse de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977 p.319

²² Ibid, p.304

- La négociation, où les relations sont nombreuses, sensibles aux différences, avec une capacité à se différencier et à communiquer de façon contradictoire.
- Le séparatisme ou le modèle affinitaire, où les relations sont importantes, affectives mais avec un petit nombre d'élus.

En référence à cette approche sociologique, l'implication d'un acteur dans une démarche de projet collectif correspond à un élément de stratégie individuelle lié à la manière dont l'acteur investit le champ professionnel et y place des enjeux personnels. Les mécanismes pré cités seront mis en œuvre par les acteurs selon la perception qu'ils auront du projet en terme de bénéfices/risques. Ce sont donc aussi ces facteurs d'interprétation du projet qui guideront l'investissement, l'implication de l'acteur dans le projet, « ***l'implication définissant le type d'investissement au travail qui est une garantie pour l'organisation*** »²³

Ce raisonnement s'applique au projet de soins dont la conduite doit intégrer le développement de **conditions favorables à l'implication des acteurs**, conditions sine qua non de tout projet.

Avant de pouvoir intégrer les professionnels au projet de soins, il faut que ces personnes perçoivent la nécessité de ce projet. Comment alors présenter cette démarche « *obligatoire* » en une nécessité pouvant être un plus pour tous ? Comment mobiliser les acteurs autour des biens fondés de ce projet ? Comment passer de l'obligation du projet de soins (textes règlementaires) à la mise en œuvre et l'implication dans la réalisation de ce projet ? La phase d'élaboration du projet de soins propice au questionnement sur le sens et les finalités du projet représentent, pour le directeur des soins, un véritable enjeu d'explicitation auprès des professionnels.

Ainsi le projet de soins représente un enjeu identitaire tant pour le soignant que pour le service de soins, sous conditions d'explicitation, d'interprétation et d'assimilation des bénéfices attendus pour l'ensemble des acteurs concernés.

A l'heure du « *désenchantement hospitalier* », où sont évoquées la perte de confiance, la démotivation des personnels qui voient leurs repères se modifier profondément de par l'accélération rapide et continue des évolutions technologiques, économiques et sociétales (attentes et rôle des usagers renforcés) renforçant l'incertitude, le projet de soins peut être une source d'identification, le ciment d'une identité collective.

²³ BELLIER MICHEL S., L'individu et le système, Sciences Humaines, mars avril 1998, Hors série, p.46

Le projet de soins, par définition, signifie également le passage d'une situation initiale à une situation nouvelle source d'amélioration des soins. Il s'agit donc d'un changement à opérer. Ceci nous amène à explorer le concept du changement.

1.2.3 Le changement

Le petit Robert définit le changement comme « *une modification quant à / le fait de ne plus être le même / chose, circonstance qui change, évolue* »

Les travaux menés par G. Bateson, ont apportés un éclairage déterminant sur le processus de changement en distinguant deux types de changement dans les systèmes humains :

- le changement de type 1, **intervenant à l'intérieur du système**, lui permettant de maintenir son équilibre (principe d'homéostasie) en présence de facteurs internes ou externes. Le système étant maintenu en son état, on parle aussi de « *changement dans la continuité* ».
- le changement de type 2, qui **modifie le système lui même**, par une transformation des règles régissant le système. Il s'agit alors d'une forme de déconstruction /reconstruction, on évoque alors la notion de « *changement/rupture* ». Ce changement affecte les représentations, le regard porté sur les choses.

M. Crémadéz²⁴, analyse le changement organisationnel à l'hôpital en s'inspirant des différentes théories relatives aux organisations de travail.

Ainsi l'approche rationnelle, contenue dans l'Organisation Scientifique du Travail privilégie le but à atteindre, le modèle idéal dont on définit précisément le contenu. Cette approche déterministe, laisse en fait peu d'espace et d'initiative à la grande majorité des membres de l'organisation. Ce modèle présente une dissociation forte entre la réflexion stratégique menée au niveau de la direction et la mise en œuvre au sein des centres opérationnels. Le pouvoir hiérarchique domine la conduite de ce changement qui selon M. Crémadéz « *est inadéquat car ne tenant aucunement compte du fonctionnement réel des organisations* ». Ce modèle génère des résistances au changement qui deviennent une problématique centrale, le changement étant d'abord perçu comme une menace par les acteurs concernés. Ce modèle rationnel, où le changement est « *considéré comme le*

²⁴ CREMADEZ M., Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEditions, Masson, 1992, p.311

passage d'un équilibre à un autre, d'un modèle obsolète à un modèle adapté »
²⁵s'apparente au changement de type 1 précité.

Puis, dans les années 1970, en réaction au modèle rationnel du changement, l'école des relations humaines s'appuie sur une approche non déterminée, voulant ainsi prévenir la survenue de résistances au changement. Ce modèle vise à intégrer le changement et son évaluation comme mécanismes naturels, nécessaires et permanents. Privilégiant la participation des acteurs (management participatif), centrant le changement sur le processus au détriment du modèle et écartant la notion de hiérarchie, cette approche n'a cependant pas apportée les effets escomptés, car perçue comme productrice de désordre, déconnectée de la rationalité et sans réelle efficacité sur l'évolution des organisations.

Enfin l'analyse sociologique des organisations a identifié les jeux de pouvoir et d'influence des acteurs, inhérents à toute organisation. L'analyse stratégique²⁶ a, par la suite démontré comment ces acteurs développent des stratégies face à toute situation de changement afin de préserver leurs sources de pouvoir, autour des règles posées. L'autonomie des acteurs est donc bien une réalité, qu'il convient non pas de limiter par un contrôle (approche rationnelle) mais de valoriser, par une responsabilisation pour une performance de l'organisation. « *Un meilleur contrôle de l'organisation sur son devenir ne passe pas par la limitation des degrés de liberté que les individus se sont procurés, mais par une meilleure capacité à exploiter la dynamique qui en résulte* »²⁷. M. Crémadez poursuit sa réflexion sur la conduite du changement en l'associant au management stratégique qui « *réconcilie la rationalité et le besoin d'autonomie des individus au sein d'une organisation* »²⁸ en ouvrant aux acteurs le champ de la réflexion sur les objectifs du changement.

Ainsi la conduite du changement organisationnel, a été marquée par différents courants théoriques avec une influence notable de l'approche sociologique des organisations qui associe le changement au potentiel humain de toute organisation et **place donc l'acteur**

²⁵ Ibid, p.315

²⁶ Développée par CROZIER M. et FRIEDBERG E. , L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, 1977

²⁷ CREMADEZ M., Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEditions, Masson, 1992, p.318

²⁸ Ibid P.319

et ses interactions au cœur du changement .Pour autant le modèle rationnel reste encore largement utilisé et l'hôpital n'échappe pas à la prégnance de cette approche.

Bien souvent les changements initiés au sein de l'hôpital relèvent plus d'une continuité, d'un ajustement des organisations, d'adaptation à la réglementation avec alors un caractère prescriptif et adaptatif (nouvelles normes), que d'un réel changement en profondeur du système. Il s'agit le plus souvent de changement de type 1.

Cependant la démarche d'accréditation et plus particulièrement celle de certification contribue à engager l'hôpital dans des changements de type 2, notamment en instituant au cœur des pratiques professionnelles le principe d'évaluation amenant les professionnels à repenser leur exercice professionnel dans une logique de processus de prise en charge du patient.

Les réformes hospitalières engagées récemment et qui visent à opérer une véritable mutation de l'hôpital doivent renforcer ces changements de type 2. En effet, la nouvelle gouvernance amène à initier des nouveaux modes de relations, de management entre les acteurs. Dans le même sens, la création de pôles d'activités, du conseil exécutif développent de nouvelles instances de concertation modifiant les règles de dialogue social. Il s'agit de tendre vers un changement en profondeur qui « *modifie le système en transformant les règles qui le régissent* ». L'implication, la responsabilisation, l'adhésion des acteurs représente un enjeu majeur et il convient d'y être attentif. « *Un changement s'opérera d'autant mieux que l'on prendra appui sur les ressources que tout système humain possède pour évoluer et que l'on évitera le recours aux ordres et aux décrets ...condition de base pour obtenir la coopération du système dans sa dynamique d'évolution, qui requiert toute la vigilance du promoteur du changement* ».²⁹En effet un changement décrété n'a aucun sens et peut au mieux exacerber les résistances des acteurs. Comment un acteur peut-il s'engager s'il ne perçoit pas, ne comprend pas les raisons et les objectifs de la démarche ?

Initier alors une réelle politique de communication favorisant les échanges, le dialogue entre les acteurs afin de parvenir à une appropriation du sens des changements à proposer et/ou à opérer, est incontournable et fondamental.

Le projet de soins, par sa définition vise à s'inscrire dans une logique de changement de type 2.

Mais qu'en est-il sur le terrain ?

Le projet de soins relève-t-il du domaine prescriptif, adaptatif en réponse à la réglementation et à la demande institutionnelle ? (changement de type 1 au mieux)

²⁹ KOURILSKY F., Du plaisir au désir de changer, Paris, Editions Dunod, 2004, p.11

S'inscrit-il au contraire dans une démarche de changement en profondeur, qui s'appuie et mobilise, et fédère « *les énergies paramédicales* » permettant de réinterroger les pratiques, de rechercher de nouveaux modes de complémentarités entre les professionnels au service de l'utilisateur ?

En regard des éléments précédents, la manière de conduire le projet de soins apparaît déterminante sur le type de changements générés par ce projet. Ceci nous amène à questionner le concept du management.

1.2.4 Le Management

Le management ou « *la conduite, la direction de...* » selon le petit Robert, est reconnu comme élément déterminant dans la performance de toute entreprise, ou structure.

S. Lucas³⁰ appréhende le management à l'hôpital selon deux grilles de lecture :

- une approche prescriptive précisant, ce qu'il faut faire, comment le faire selon la fonction occupée par l'acteur, prioritairement centrée sur la rationalité, relevant d'une approche « *mécaniste qui sous tend qu'en utilisant le bon ressort on obtient de l'implication et que les mêmes causes produisent les mêmes effets* »³¹
- une approche compréhensive inspirée par la sociologie, centrée sur l'analyse des jeux et stratégies des acteurs, inscrivant le management dans une dimension stratégique.

Ces deux approches ne sont pas à opposer mais à utiliser conjointement. Dans la deuxième approche les contributions des acteurs prennent le pas sur leurs attributions. Ce qu'ils font prime sur ce qu'ils sont. La notion de reconnaissance, ainsi déplacée peut favoriser l'implication et l'engagement de l'ensemble des acteurs.

M. Crémadéz³², définit le management stratégique, « *comme une démarche qui privilégie les objectifs à atteindre et recherche l'adhésion des acteurs à travers la mobilisation du plus grand nombre d'acteurs à ces objectifs. Leur latitude d'action sur le devenir de l'organisation est reconnue et valorisée. La rationalité n'est pas absente du modèle mais devient une rationalité collective* ». La notion de hiérarchie évolue vers un mode plus collaboratif, les relations verticales évoluent vers des relations horizontales. Le

³⁰ LUCAS S., cours ENSP 16/02/2006

³¹ HART J.-LUCAS S., Le management hospitalier, Rueil- Malmaison, Editions Lamarre, 2002, p.2

³² CREMADEZ M., Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEditions, Masson, 1992, p.319

changement veut s'inscrire, par cette approche dans une logique d'opportunité à saisir tant pour l'organisation que pour l'individu.

« Une réflexion stratégique, préalable et impliquant les différents niveaux de l'organisation, conduit à dégager **une vision claire et objective des missions et engage les différents acteurs à poursuivre les mêmes buts.** »³³

« Le management stratégique met l'accent sur un processus dans lequel réflexion et action sont intimement liés, processus donnant l'initiative aux niveaux de base de l'organisation ». ³⁴

Ainsi cette conception du management semble particulièrement s'adapter à l'hôpital, environnement complexe, où le degré de liberté laissé au centre opérationnel (services de soins) est important, où la qualification et le niveau de savoir des unités de production sont élevés et essentiels à prendre en compte pour les orientations de l'établissement. La rationalité, bien souvent l'apanage du sommet stratégique à savoir la direction, devrait progressivement investir le centre opérationnel, à travers les réformes engagées.

La réussite du management stratégique passe aussi par « *un engagement important et démonstratif du sommet stratégique* »³⁵.

En ce sens le directeur des soins contribue à inscrire la conduite du projet de soins dans une dimension stratégique par :

- la valorisation et la reconnaissance des acteurs
- la création d'un climat de confiance
- la prise en compte des préoccupations du terrain
- l'explicitation des contraintes internes et externes
- l'identification du directeur des soins à l'établissement
- une attention particulière à la phase d'appropriation des orientations du projet par les acteurs, pour prévenir la dissociation entre le discours et la réalité

Au regard de ces éléments, la communication qui occupe une place centrale dans tout démarche de projet, nécessite d'être définie.

³³ Ibid, p.12

³⁴ Ibid, p.321

³⁵ Ibid, p.281

1.2.5 La Communication

Communiquer provient du latin *communicare* (être en relation avec). Communiquer c'est émettre des informations, mais c'est aussi en recevoir. La communication est donc liée à la relation, voire l'interaction.

On distingue communément³⁶ :

- **la communication interpersonnelle** selon le schéma émetteur/récepteur. Le sens du message est influencé par les conditions sociales en présence. Ainsi il peut y avoir un écart entre :
 - Ce que je veux dire et ce que j'arrive à dire
 - Ce que je dis et ce qui est entendu
 - Ce que j'entends, ce que j'écoute, et ce que je comprends.
- **la communication organisationnelle** (C. Le Moenne), qui représente un ensemble de conventions professionnelles visant à :
 - expliciter en permanence les buts collectifs à atteindre
 - établir des référentiels d'action et d'évaluation
 - établir des référentiels d'interprétation pour faire émerger un sens commun

Cette communication, au service de la structuration des organisations, des démarches de projets, est efficace si les acteurs participent à l'élaboration des référentiels.

Interpersonnelle ou organisationnelle, la communication est destinée à produire des effets, et est source d'influence. « *C'est en modifiant nos comportements en fonction de nos interlocuteurs que nous exerçons au mieux notre pouvoir d'influence* ». ³⁷

A l'hôpital, la place accordée réellement à la communication apparaît insuffisante, même si la loi du 4 mars 2002 engage fortement les acteurs hospitaliers à évoluer en ce domaine, notamment auprès des usagers.

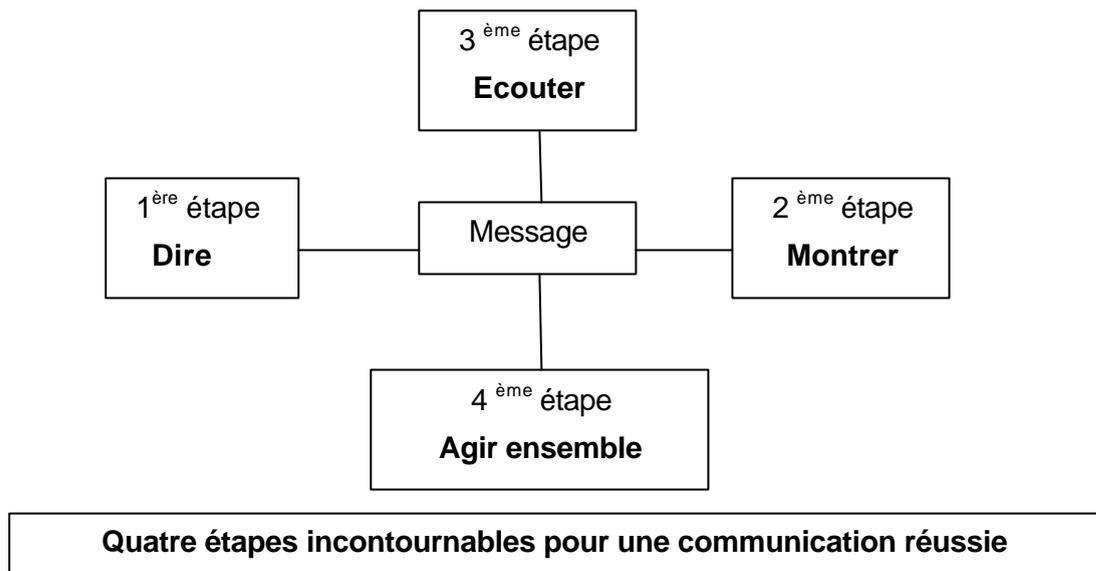
Or, la communication ne va pas de soi, ne s'improvise pas :

- il existe des techniques et des compétences spécifiques
- il ne faut pas confondre information (transmissions de messages) et communication (échange et dialogue)
- il convient d'être acteur de sa communication

³⁶ PARENT B., La communication managériale, Cours ENSP, 24/01/2006.

³⁷ KOURILSKY F., Du plaisir au désir de changer, Paris, Editions Dunod, 2004, p.162

Les conditions d'une communication réussie se résument dans le schéma ci dessous³⁸



La première et deuxième étapes, consistant à **dire** les choses pour être entendu, et à créer l'image, à **montrer** ce que l'on veut correspond au niveau de l'information. Ce n'est qu'en créant de surcroît les conditions de **l'écoute** et qu'en étant présent pour **agir ensemble** que le registre de communication est atteint.

La communication représente à la fois un moyen au service d'une démarche de projet par exemple, mais aussi un processus de légitimité des décisions prises par une recherche de convergence des différentes perceptions.

Comme le souligne M. Cremadez, « *la communication engendrée par la réflexion stratégique va dans le sens de consensus, ou tout au moins de la clarification des points de vue entre professionnels... avec une densification des contacts interpersonnels et une plus grande permissivité des relations au sein de l'organisation* »³⁹.

Ainsi la politique de communication, contributive de la lisibilité et de la compréhension des objectifs du projet de soins représente bien un enjeu pour le directeur des soins.

³⁸ PARENT B., La démarche stratégique et la communication, Cours ENSP, 21/02/2006

³⁹ CREMADEZ M., Le management stratégique hospitalier, Paris, InterEditions, Masson, 1992, p.279

1.3 Hypothèses de recherche

De ce détour théorique, nous retenons les éléments suivants : **le projet** a pour finalité de donner **du sens aux actions** menées et de les inscrire dans une temporalité. Il représente une opportunité pour anticiper, innover, **accompagner ou provoquer le changement**. Le projet est indissociable de l'action. Le projet peut **favoriser le processus de construction identitaire** à titre individuel ou collectif, en regard du sentiment d'appartenance développé par les acteurs. La conduite d'un projet repose sur des déterminants incontournables pour sa réussite : une **mobilisation élargie des acteurs** concernés, une implication des acteurs « opérationnels » dès la phase d'élaboration du projet. Cette mobilisation ne va pas de soi, elle ne se décrète pas.

Le mode de management propice au développement de projets collectifs s'inscrit dans une **dimension stratégique** en s'appuyant sur une analyse contextuelle approfondie et sur la valorisation des ressources humaines. **La communication représente un enjeu incontournable** pour la réussite du projet. Elle ne s'improvise pas. Elle nécessite une réflexion et une élaboration de sa mise en œuvre.

Les entretiens exploratoires que nous avons menés, au cours de notre premier stage complètent notre questionnement, à travers l'expression des constats et attentes principales des acteurs rencontrés.

- Le projet de soins ne semble pas représenter une référence systématique pour les professionnels soignants
- Le projet de soins doit représenter réellement une « plus value » dans la prise en charge du patient, et être source de reconnaissance et de valorisation pour les professionnels
- Le lien entre le projet de soins et la démarche qualité est incontournable
- Les professionnels soignants sont demandeurs d'objectifs concrets et réalistes
- L'encadrement et la direction insistent sur l'importance de la cohérence et de la pertinence en terme de management du projet, au niveau institutionnel.

A ce stade de l'étude nous complétons notre question de départ relative au lien entre **l'implication des acteurs** dans le projet de soins et **le management de ce projet**, par les hypothèses suivantes.

Hypothèse I : L'implication des acteurs dans le projet de soins semble être influencée par la perception qu'ils ont de la concrétisation de ce projet.

Hypothèse II : La mise en œuvre du projet de soins est corrélée à la reconnaissance et à la valorisation des acteurs concernés

Hypothèse III : L'opérationnalité du projet de soins est liée à la cohérence de son articulation avec les autres projets institutionnels.

2 Approche compréhensive par l'étude de terrain

2.1 Objectifs de l'enquête

En regard de nos hypothèses de recherche, notre enquête porte sur les objectifs suivants :

- Repérer les éléments constitutifs de la conduite du projet de soins qui favorisent ou limitent l'efficacité de la mise en oeuvre de ce projet?
- Identifier les démarches initiées par les directions des soins pour conduire le projet de soins.
- Identifier quels sont les acteurs déterminants qui contribuent à l'avancée du projet
- Appréhender la perception des acteurs quant au sens du projet de soins
- Connaître le degré de réalisation des axes du projet de soins.

2.2 Présentation du lieu de l'enquête

Nous avons choisi de réaliser notre enquête, auprès de deux établissements de taille équivalente, ayant élaboré leur projet de soins (PS) à des calendriers différents.

Un centre hospitalier, dont le projet de soins 2004/2008 est en cours (site 1).

Un centre hospitalier, dont le projet de soins 2006/2010 est élaboré, validé par les instances depuis fin 2005 et se situe au début de sa mise en oeuvre (site 2).

Cette différence de calendrier permet d'une part de disposer du recul nécessaire pour évaluer la concrétisation du projet de soins pour le site 1, et d'autre part d'appréhender l'impact de l'évolution réglementaire sur le projet de soins en ce qui concerne le site 2, notamment l'influence de l'ordonnance du 2 mai 2005.

La typologie des établissements

	Capacité lits et places	MCO	Hébergement
Site 1	1147	698	449
Site 2	1368	759	609

La direction des soins : composition et fonctionnement

Site 1

Cet établissement dispose de deux postes de directeur des soins. En accord avec le coordonnateur des soins, un des postes est actuellement gelé. Le coordonnateur des soins, a exercé sa fonction sur divers établissements et a pris son poste en 2002.

Une équipe de neuf cadres supérieurs de santé (CSS) travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur des soins. Ces cadres, responsables de l'encadrement de secteur, assurent également des missions transversales. Ainsi un CSS, missionné sur la qualité, travaille en étroite collaboration avec la technicienne qualité sur la préparation de la certification, sous couvert d'un directeur adjoint.

Un staff hebdomadaire est organisé entre les directeurs des soins et les CSS.

Le coordonnateur des soins assiste aux comités de direction hebdomadaires. Au moment de l'enquête, l'établissement est en réflexion sur l'organisation en pôle, les nouvelles instances ne sont pas encore constituées. La CSSI perdure.

Site 2

Les deux postes de directeur des soins sont pourvus. Le coordonnateur des soins exerce sa fonction depuis de nombreuses années et a opéré au moins une mobilité géographique. Il initie l'élaboration du projet de soins pour la deuxième fois dans l'établissement ; son collègue directeur des soins, issu de la filière médico-technique est en poste depuis 2004.

A l'instar du site 1, les directeurs des soins collaborent étroitement avec les dix cadres supérieurs de santé. Il existe aussi un staff hebdomadaire entre les directeurs des soins et les CSS.

Deux cadres supérieurs de santé sont totalement investis sur des missions transversales (gestion de personnel, expertise en soins).

Les directeurs des soins assistent au comité de direction hebdomadaire et le coordonnateur des soins fait partie du conseil exécutif.

Les pôles viennent d'être définis et l'affectation des CSS est prévue pour septembre 2006 (profil de poste de CSS, référent de pôle en cours d'élaboration au moment de l'enquête). La nouvelle CSIRMT est constituée et sa première réunion a eu lieu mi juin 2006.

2.3 Méthodologie de l'enquête

Elle s'appuie sur la conduite d'entretiens auprès de professionnels impliqués dans le projet de soins et sur une analyse documentaire. Les entretiens ont été réalisés en mai 2006 pour le site 1 et en juin 2006 pour le site 2.

2.3.1 Les entretiens

« L'entretien est un procédé de communication verbale, pour recueillir de l'information, en relation avec un but fixé »⁴⁰.

⁴⁰ GRAWITZ M., Méthodes des sciences sociales, Paris, Editions Dalloz, 1993, p.570

En regard de nos hypothèses, nous recherchions des données qualitatives et nous avons privilégié l'entretien semi-directif car le contact direct avec l'interlocuteur nous semblait indispensable pour recueillir les perceptions et interprétations des situations vécues. Les entretiens ont été menés à partir de guides d'entretien⁴¹ adaptés selon les professionnels rencontrés, sur une durée de ¾ d'heure à 1 heure.

Notre choix d'interroger uniquement des personnes impliquées dans la démarche du projet de soins peut apparaître restrictive. Il aurait pu être intéressant de s'adresser également à des professionnels non impliqués pour une étude comparative. Pour des raisons de temps, de faisabilité, nous n'avons pas retenu cette orientation.

La population ciblée

Site 1

Un directeur des soins, deux cadres supérieurs de santé, trois infirmières participant aux groupes de travail du projet de soins, un médecin impliqué dans un groupe de travail du projet de soins.

Site 2

Un directeur de soins, un directeur chargé de la coordination des projets, deux cadres supérieurs de santé, deux cadres de proximité.

Nous n'avons pas sollicité d'infirmières sur le site 2 car les groupes de travail relatifs à la mise en œuvre du projet étaient à peine initiés.

Malgré plusieurs tentatives, nous n'avons pas pu rencontrer de médecin sur le site 2, ce qui constitue une limite supplémentaire à ce travail.

2.3.2 L'analyse documentaire

Elle porte pour le site 1 sur l'étude **du projet de soins** et du **bilan d'étape** à mi-parcours, pour appréhender le degré d'opérationnalité du projet, en croisant les résultats avec le discours recueilli lors des entretiens.

Sur le site 2, nous avons eu l'opportunité d'étudier les trois projets de soins réalisés dans l'établissement, ce qui apporte un éclairage sur **l'évolution de la conduite du projet de soins**. Nous avons soumis cette analyse au coordonnateur des soins pour validation des résultats, qui sont aussi à croiser avec le contenu des entretiens.

2.4 Les limites de l'étude

La limite principale réside dans le temps de réalisation de ce mémoire de fin d'étude et sur le nombre restreint de professionnels interrogés. Les résultats ne peuvent donc, en aucun cas prétendre à être généralisés. Ce travail nous a permis, néanmoins

⁴¹ Voir annexe n°1

d'appréhender le degré d'appropriation de la démarche projet au sein de deux établissements. Pour confirmer et compléter les tendances que nous avons observées, une étude portant sur un nombre plus important d'établissements et d'acteurs serait nécessaire.

2.5 Analyse des résultats

Dans un premier temps, nous présenterons la démarche retenue pour initier le projet de soins sur chaque site, à partir de l'analyse documentaire étayée de quelques données des entretiens. Puis, nous restituerons et analyserons les données issues des entretiens, complétées selon les thèmes par celles de l'analyse documentaire. Ce choix de présentation devrait prévenir les redondances et faciliter la lecture. Nous concluons ce chapitre par une synthèse confrontant les données aux hypothèses et au questionnement de départ.

2.5.1 Présentation de la démarche relative au projet de soins sur chaque site

Site 1 : Projet de soins 2004/2008

Contexte : Arrivée du coordonnateur des soins fin 2002, dans un contexte relationnel sensible, selon ses propos *« un climat d'insécurité et de non confiance mutuelle s'était instauré progressivement entre l'ancienne direction des soins et l'encadrement supérieur »*.

Le projet d'établissement était à ré initier avec un calendrier contraint de par le retard pris par l'établissement (précédent PE 1998/2002). La direction des soins disposait d'un délai de 3 à 4 mois pour réaliser le projet de soins.

Choix de la méthode d'élaboration du projet

Le coordonnateur n'est pas favorable au recours à un consultant externe, d'autant que les CSS, ont participé au précédent projet élaboré avec recours à un organisme externe. *« Ils ont donc bénéficié de l'apport méthodologique du consultant, j'estimais qu'il fallait utiliser nos compétences internes »*

L'élaboration du projet de soins s'est faite uniquement avec l'encadrement supérieur, de la réflexion à l'écriture. Ce choix est affiché et explicité à l'ensemble des cadres en lien avec le calendrier. Cependant, cette orientation repose aussi sur un objectif managérial du coordonnateur des soins. *« Pour moi, le projet de soins a été le levier pour faire connaissance avec l'établissement. L'écriture de ce projet avec les CSS a permis de se connaître et de se reconnaître mutuellement et de construire la direction des soins »*.

Supports d'appui pour l'élaboration du projet

- **l'évaluation du précédent projet** montre peu de réalisations abouties *« j'ai eu des difficultés à reconstituer l'historique des réalisations avec les CSS, peut être parce que ce projet était trop conceptuel »*

- **les orientations médicales** que la direction des soins connaissait, le projet médical n'étant pas encore formalisé
- **les orientations** de la direction des soins en matière de politique des soins
- **le rapport de la visite d'accréditation** de 2002

Ainsi les CSS et le coordonnateur déterminent un certain nombre d'axes stratégiques dans le projet de soins, en regard de la connaissance qu'ils ont du terrain, des dysfonctionnements constatés, des orientations et évolutions institutionnelles connues.

Le document du projet de soins comporte ainsi une introduction générale, un bilan du précédent projet, une partie conceptuelle sur les valeurs professionnelles et le concept de soins (travaillés lors du précédent projet de soins), les huit axes stratégiques du projet de soins 2004/2008 et le suivi de la mise en œuvre.

Les axes stratégiques concernent :

- des thématiques transversales en lien avec la sécurité, qualité des soins, les compétences des professionnels, l'harmonisation des pratiques paramédicales, l'amélioration de la coordination entre les professionnels
- un axe en lien avec l'accompagnement de la mise en œuvre des orientations médicales (notion projets de service décliné par discipline)
- un axe d'accompagnement du projet social

Chaque thématique transversale fait l'objet d'un argumentaire motivant le choix de ce thème qui est décliné en objectifs opérationnels précisant les résultats attendus, les critères d'évaluation et le calendrier.

Le projet de soins, une fois élaboré a fait l'objet d'une diffusion à l'encadrement et d'une communication à la CSSI.

Choix de la méthode pour la mise en œuvre

Le coordonnateur des soins délègue à l'encadrement supérieur le pilotage de la mise en œuvre, dans une logique de responsabilisation et de valorisation. Ainsi chaque axe stratégique est piloté par un ou deux CSS selon l'intensité des actions à mener. La répartition des axes s'est faite de manière collective et consensuelle selon les expériences et appétences des CSS, confirmé par le discours d'un CSS « *il y a eu un lien assez astucieux entre nos missions actuelles, nos centre d'intérêt, notre parcours professionnel, nos compétences et nos domaine d'expertise, ce qui nous a permis de couvrir l'ensemble des axes du projet de soins et de se répartir de manière consensuelle l'ensemble des domaines du projet* »

Chaque pilote organise, en toute autonomie, le déploiement de son dispositif, et prévoit les étapes de validation et les modalités d'évaluation.

Evaluation du projet de soins

Il était prévu la création d'un comité de suivi, intégrant des membres de la CSSI. Au moment de l'enquête ce comité n'avait pas été activé.

Une synthèse/point d'étape a été réalisée à mi-parcours soit en janvier 2006, et a fait l'objet d'une diffusion auprès de l'encadrement et d'une communication auprès de la CSSI.

Cette synthèse montre l'ensemble des axes du projet sont en cours de développement. Les actions relatives à de la formation (transmissions ciblées, formation d'infirmières cliniciennes) sont initiées. La réalisation de supports techniques (fiches dans le dossier de soins), de procédures est effective. Mais l'utilisation réelle de ces outils, ou la modification des pratiques (amélioration des transmissions écrites) évolue très lentement.

Site 2 : Projet de soins 2006/2010

Contexte : La réflexion relative au 3^{ème} projet d'établissement débute fin 2004 en s'appuyant sur un comité de pilotage et l'activation d'un «groupe projet médical » (PE 2001/2005 en cours). La réflexion médicale initiée dès 2004, est suspendue début 2005, compte tenu des travaux parallèlement engagés sur l'élaboration du projet médical de territoire auxquels les médecins de l'établissement participent fortement. La démarche interne ré-activée à la fin du printemps 2005, conduit à la formalisation du projet médical à l'automne 2005.

La direction des soins s'inscrit dans la continuité de ce calendrier pour élaborer le projet de soins.

Le PE de 3^{ème} génération, soumis aux instances fin décembre 2005, définit également son organisation en pôles d'activité conformément à l'ordonnance du 2 mai 2005.

Choix de la méthode d'élaboration du projet

Le coordonnateur des soins initie une démarche participative et pluridisciplinaire. Un groupe de pilotage a pour objectifs de valider la méthode d'élaboration, d'évaluer la pertinence du projet et de fixer les axes prioritaires d'actions. Quatre groupes de travail se répartissent : l'analyse de l'existant, la définition de la politique de soins de l'établissement, la détermination des principes organisationnels de la prise en charge des usagers, l'évolution et l'adaptation des pratiques professionnelles. Le principe d'un pilote et d'un co-pilote pour chaque groupe de travail est posé, il s'agit d'un directeur des soins ou d'un CSS. La représentativité au sein des groupes fait l'objet d'une vigilance particulière, associant l'encadrement, le personnel soignant, des médecins, des professionnels libéraux et des représentants des usagers selon les thèmes de travail.

Supports d'appui pour l'élaboration du projet

- **le projet médical**, le projet de soins s'inscrit en complémentarité du projet médical.
- **l'évaluation du précédent projet** produite par le groupe de travail relatif à l'analyse de l'existant qui permet d'identifier quels sont les axes du précédent projet qu'il convient de reconduire ou de réajuster.
- **la synthèse des travaux des groupes** pré cités

- **le rapport de la visite d'accréditation** d'octobre 2004
- **une enquête de satisfaction** menée en 2005 auprès des usagers

Le document du projet de soins comporte ainsi une introduction générale précisant la méthodologie retenue en terme d'élaboration, les enjeux et les principes du projet, l'approche conceptuelle de la politique de soins, les axes prioritaires du projet, les six plans d'action, les moyens, les modalités d'évaluation et en annexe la composition nominative des différents groupes ayant contribué à l'élaboration du projet.

Le projet de soins affiche ses axes prioritaires :

- complémentaires au projet médical : l'adaptation des organisations paramédicales, la participation à de nouveaux modes de prise en charge des usagers, les vigilances, la promotion de prises en charge spécifiques
- spécifiques à l'activité paramédicale : le prolongement des actions du projet de soins 2001/2005, la coordination de la continuité des soins, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'information du patient, la promotion des soins préventifs et éducatifs.

Chaque axe spécifique à l'activité paramédicale fait l'objet d'un plan d'actions qui décline les objectifs, les actions, les moyens et conditions nécessaires de réalisation et le calendrier. Les modalités d'évaluation ne sont pas définies.

Une fois élaboré, le projet de soins a fait l'objet d'une diffusion à l'encadrement, d'une communication à la CSSI. Pour autant, avant la formalisation définitive, l'état d'avancée du projet a été communiqué régulièrement aux réunions de cadres et de CSS ainsi qu'à deux reprises auprès de la CSSI.

Choix de la méthode pour la mise en œuvre

Le coordonnateur des soins a délégué à l'encadrement supérieur le pilotage de la mise en œuvre, en regard des expériences et compétences de chacun. La déclinaison méthodologique de ce projet, dans sa mise en œuvre sous la responsabilité de pilotes et co-pilotes inscrit la conduite de ce projet dans un principe d'identification et de responsabilisation des acteurs. Chaque pilote s'organise pour déployer son plan d'actions, construire sa méthodologie, mobiliser les ressources humaines, définir les critères d'évaluation et prévoir les étapes de validation qui s'imposent.

Evaluation du projet de soins

Les modalités sont annoncées dans le document de formalisation du projet, à savoir, une évaluation annuelle qui sera communiquée à l'encadrement lors d'une réunion mensuelle en début d'année ainsi qu'à la CSIRMT, et qui apparaîtra dans le rapport d'activité du service de soins.

La lecture de ces deux démarches met en évidence :

- **le lien entre le contexte institutionnel et le choix de la démarche.** Ainsi le mode d'élaboration du projet, sur le site 1 semble prioriser la construction de l'équipe de direction des soins, en fédérant les CSS autour de la conception et de la rédaction du projet. N'existe-t-il pas alors un risque de moindre implication de l'encadrement de proximité et des professionnels du terrain dans la mise en oeuvre du projet, puisqu'ils n'ont pas été impliqués directement dans la réflexion relative aux orientations? Il s'agit d'une logique descendante où le projet de soins peut être perçu comme celui de la direction des soins et non celui du service de soins. Le site 2 se démarque par une démarche volontairement ouverte et participative dès l'élaboration du projet.
- **le lien entre le projet médical et le projet de soins.** Chaque PS affiche sa complémentarité avec les orientations médicales, avec pour le site 2 une déclinaison plus précise de cette complémentarité, facilitée par la formalisation effective du projet médical contrairement au site 1 qui en reste à la notion de projet de service n'ayant pas la lisibilité du projet médical dans sa globalité.
- **une inscription du PS dans une démarche de projet** avec « *la double implication projet- action où le projet inclut l'action dans la façon par laquelle il esquisse son profil à venir* »⁴² permettant de passer de l'intention à l'opérationnalisation, par un souci affiché de déclinaison d'actions concrètes dès la phase d'élaboration du PS. Les objectifs des actions déclinées apparaissent plus explicites et précis sur le site 1, avec des modalités d'évaluation déterminées ce qui présente l'avantage d'une lisibilité immédiate mais qui peut aussi représenter un cadre trop rigide, prédéterminé et laissant peu de marge de manœuvre et d'initiative aux acteurs de la mise en oeuvre du projet. Sur le site 2 les dits objectifs restent globaux et génériques, les critères d'évaluation ne sont pas définis.
- **l'inscription du PS dans une dimension temporelle.** En continuité avec le précédent PS, il intègre les facteurs contextuels et réglementaires présents (démarche d'accréditation, enquête de satisfaction) et les orientations à venir (projet médical, projet social, procédure de certification). A noter un affichage plus affirmé de l'intégration des attentes des usagers sur le site 2, par la prise en compte des résultats d'une enquête de satisfaction.
- **une référence à l'évaluation** globale du projet qui reste peu définie au moment de l'élaboration, avec cependant la réalisation d'un bilan intermédiaire pour le site 1.

⁴² BOUTINET J.P., Psychologie des conduites à projet, Paris, Editions PUF, 1993, p.65

- un choix identique **d'appuyer le pilotage de la mise en œuvre du PS sur l'encadrement supérieur**, le pilotage de l'élaboration reposant essentiellement sur le directeur des soins.
- **une recherche de coopérations avec les professionnels du terrain** (professionnels soignants et médecins dans les groupes de travail) affirmée et réelle dans la phase d'élaboration du projet sur le site 2.

L'analyse des entretiens va nous permettre de connaître le point de vue des acteurs. Le discours recueilli présente de nombreuses convergences, aussi l'analyse présentera prioritairement les données sans distinguer les catégories professionnelles ou les sites. Cependant, toute spécificité significative d'une catégorie professionnelle ou d'un site sera précisée.

2.5.2 Le projet de soins : quel sens pour les acteurs et quelle réalité dans les pratiques ?

2.5.2.1 Perception globale du projet de soins selon les acteurs

Globalement les cadres et les membres de direction s'accordent à considérer le projet de soins comme essentiel :

- pour définir et partager une philosophie des soins « *pierre angulaire, élément fondateur, précise les valeurs, les règles déontologiques, donne du sens, indique la direction à suivre* », « *c'est un fil conducteur pour la pratique du soins* », « *permet de faire le point sur nos pratiques et nos compétences* », « *partager les mêmes objectifs* »
- pour garantir et promouvoir la qualité des soins « *au CH, c'est un gage de qualité pour le malade, pour les soins* », « *c'est le plan d'amélioration relatif à la prise en charge du patient, permettant de réduire l'écart entre la conception des soins et la réalité* »
- dans le projet d'établissement « *le PS est un paramètre à part entière du PE, il s'articule avec les différents projets, médical, social, qualité...* »
- pour respecter le cadre réglementaire « *il veille à la conformité des pratiques professionnelles par une réflexion sur les normes en vigueur* », « *permet et doit mettre en œuvre les évolutions règlementaires* »
- pour anticiper « *il donne du sens aux différents projets, il s'inscrit dans une temporalité et une continuité, par une reprise dans le PS actuel d'axes de progrès du précédent PS* »

En synthèse, selon le coordonnateur des soins du site 1, « le PS représente un fil conducteur pour les patients et les professionnels, c'est un acte fondateur et fédérateur »

Si ces propos semblent confirmer par les CSS interrogés sur ce site, il n'en est pas de même pour les professionnels du terrain.

Pour les infirmières, la perception apparaît moins élaborée. Elles relient d'emblée le projet de soins à l'amélioration de la prise en charge du patient, en insistant sur le lien avec la démarche d'accréditation.

« Je me suis sentie concernée par ce projet dont le contenu m'apparaissait porteur pour améliorer la prise en charge du patient, médicale ou infirmière d'ailleurs »

« Je sais qu'on avait eu une réserve lors de l'accréditation sur l'axe du PS auquel j'ai participé »

Pour autant, ces professionnelles expriment toutes, qu'elles ont eu des difficultés au départ à appréhender la notion de projet de soins.

« J'ai lu le document mais pour moi, c'était flou, indigeste et compliqué »

« Quand j'ai accepté de participer au groupe de travail sur le dossier de soins, j'y allais un peu dans l'inconnu, ça s'est éclairci au fur et à mesure, et je crois bien que je n'étais pas la seule dans ce cas là »

Les infirmières, connaissent bien l'axe du projet de soins sur lequel elles travaillent (groupes de mise en œuvre du PS), mais n'ont pas la connaissance globale du PS.

« Je ne connais pas vraiment, on sait qu'il existe d'autres groupes mais on ne connaît pas ce qu'ils font ».

Le discours du médecin participant au groupe de travail relatif à la mise en œuvre d'un axe du projet de soins (dossier de soins, site 1), rejoint pour partie celui des infirmières. Il associe le PS aux réserves formulées dans le rapport d'accréditation. Il précise qu'il ne connaît pas le contenu global du projet de soins qui reste un concept assez flou pour lui.

« Le fait d'avoir participé à ce groupe de travail ne m'a pas éclairé réellement sur la connaissance du projet de soins ».

La perception évoquée ci dessus fait apparaître un décalage entre le discours cadre qui appréhende le concept du projet de soins dans sa dimension globale et théorique et les propos des infirmières et du médecin qui perçoivent le PS, à travers sa dimension opérationnelle. Cet élément est à relier au « rapport aux temps » qui diffère selon les acteurs, les équipes soignantes et médicales s'inscrivant dans un temps court, l'encadrement et la direction dans un temps plus long.

Comme le confirme un CSS, « *le PS est perçu difficilement chez les soignants, non cadres, mais la déclinaison des actions a du sens pour eux : le raisonnement clinique, le dossier de soins par exemple* ».

L'appréhension de la globalité du projet est aussi hétérogène selon les acteurs. Le niveau de connaissance de l'établissement et de sa politique conjugué à l'implication des acteurs dans les groupes de travail initiés détermine leur vision du projet de soins en cours. L'écart des représentations peut s'expliquer pour partie par le niveau de connaissance institutionnelle, de compréhension voire d'adhésion aux orientations des projets de l'établissement. Celui-ci diffère selon les priorités que se donnent les acteurs mais aussi selon la possibilité qui leur a été donnée de participer et de contribuer aux orientations du projet. Ce qui pose ici la question du degré de perception voire d'appropriation du projet de soins par les acteurs. Quel est le niveau requis à atteindre ? Pour qui ?

A quelle étape du projet ? Quelle communication à envisager pour y parvenir ?

A noter, également le lien immédiat entre accréditation et projet de soins. On peut penser que les démarches d'accréditation conduites dans les établissements, ont généré une sensibilisation certaine à la notion de qualité. Cependant la démarche qualité, dans laquelle doit s'inscrire un projet de soins, a une dimension bien plus large que l'accréditation dont le but est l'obtention d'un certificat. Le risque d'amalgame de ces deux notions peut conduire à l'effet pervers de réduire le PS à une dimension prescriptive.

2.5.2.2 Une réponse aux préoccupations soignantes

L'ensemble des acteurs considère que le PS en cours présente des axes concrets, réalistes et cohérents et selon un CSS, « *le PS semble répondre aux attentes du terrain, je n'ai pas eu de retours contradictoires en ce sens. Les soignants que je rencontre lors des formations au raisonnement clinique expriment leur satisfaction de pouvoir améliorer leur écrits* ».

Le directeur, chargé de la coordination des projets, sur le site 2, décrit ce PS comme « *plus positif, plus concret, moins ambitieux et plus concentré que le précédent* »

Les actions initiées sont reconnues pragmatiques, avec une utilité certaine dans le quotidien des soignants.

Les professionnels impliqués dans la mise en œuvre du projet confirment que ces actions permettent, à des degrés variables, d'améliorer les pratiques professionnelles, de les sécuriser, de les harmoniser. « *On arrive à quelque chose de concret, d'utilisable par tous les services* ».

Un CSS et un CS du site 2 reconnaissent l'avancée de ce PS au niveau pragmatisme mais estiment que « *ce projet est encore un peu ambitieux et qu'il faut veiller en permanence à garder de la cohérence par rapport au terrain et au retour des soignants* ».

La diversité des sources d'information, le souci de continuité à l'origine du diagnostic de l'existant ont pu renforcer la pertinence et la cohérence de l'évaluation initiale, élément déterminant pour guider les axes du projet. Le principe de réalité, de prise en compte du contexte, affirmé fortement par les coordonnateurs des soins renforce cette orientation. Cependant un risque de dérive vers la théorie existe sur le site 2, où les objectifs sont restés plus génériques.

2.5.2.3 Les changements opérés et observables dans les pratiques

La situation diffère selon les sites. Sur le site 1, le bilan d'étape, reconnu « *très encourageant, avec des actions concrètes initiées* » identifie le développement de l'ensemble des axes du projet. Les infirmières et le médecin qui contribuent au déploiement de ces actions confirment la présence de changements au niveau des services. « *Ce qui passe rapidement, c'est la mise en place de nouveaux outils facilitant les pratiques comme la procédure relative au décès du patient* », « *ce qui est satisfaisant, c'est de voir concrètement le résultat, les pratiques qui s'harmonisent entre les services* ». « *le développement du dossier de soins est effectif sur le terrain et il n'est pas question de revenir en arrière même s'il y a des réajustements à prévoir* »(médecin)

Pour autant, ces acteurs évoquent aussi des difficultés rencontrées auprès de leurs collègues qui ne perçoivent pas la nécessité de modifier leurs pratiques, « *ça marchait bien avant, alors !* ».

Les changements les plus significatifs et les plus aisés à opérer relèvent de l'introduction de supports, d'outils ou de formation à initier que l'on peut assimiler à des changements de type 1⁴³, où l'on est dans le domaine d'une mise en conformité, d'une application d'une procédure. Le bilan d'étape du site 1 démontre que les changements de comportement ou de compétences sont plus lents nécessitant une réelle adhésion puis appropriation. Ils correspondent à des changements, de type 2, beaucoup plus difficiles à initier et à évaluer, relevant du domaine du processus.

L'encadrement supérieur, sur le site 2 confirme, sur un nombre restreint d'actions initiées, la tendance pré citée. Cependant, la démarche participative initiée, permet d'identifier des changements dans les relations entre professionnels à travers leurs échanges et leur partage d'expérience, ce qui suscite la réflexion et le questionnement soignant, en élargissant les modèles de pensée. « *L'intérêt de ces échanges, c'est de se rendre compte que les autres connaissent aussi des difficultés et de lever nos idées pré conçues* » (une infirmière), ce qui selon F.Kourilsky est un préalable en matière de changement.

⁴³ Voir p. 18, définition du changement.

« *La conduite du changement nécessite en premier lieu de penser différemment pour agir autrement* »⁴⁴.

Ces échanges entre professionnels amènent la confrontation de leurs pratiques, tant sur les aspects positifs que sur les difficultés rencontrées, œ qui permet de dépasser le sentiment que « c'est mieux ailleurs » et « plus difficile dans notre service ». La réflexion et le questionnement collectifs leur permettent aussi, par une prise de recul du quotidien de se projeter, d'imaginer d'autres alternatives.

Enfin le coordonnateur des soins du site 2 évoque la contribution du PS au développement de la culture d'évaluation à travers la réalisation d'audits et de la promotion du raisonnement clinique.

2.5.2.4 L'articulation du projet de soins avec les autres projets institutionnels

De par leurs positions dans l'organigramme de l'établissement, les directeurs des soins et l'encadrement supérieur sont confrontés à divers projets et donc à la cohérence ou aux incohérences des uns par rapport aux autres. Ils sont à l'interface des logiques des différentes directions initiant leurs projets respectifs et comme le signale un CSS « *je n'ai pas de difficulté à appréhender cette articulation en terme de concept mais dans la conduite même de ces projets* ». Ce qui pose la question de la coordination des démarches engagées, de la circulation de l'information et de la communication transversale. L'encadrement de proximité, informé de la stratégie institutionnelle parvient à faire les liens mais dénonce de manière récurrente la multitude de projets initiés dont la lisibilité des résultats n'est pas systématique. La notion de « *zapping perpétuel* » est énoncée, assimilée à de multiples changements, incessants, un manque de pérennité des projets qui essouffent les professionnels.

Les infirmières précisent que leur participation au projet de soins leur a permis progressivement de mieux comprendre les contraintes, les priorités de l'hôpital, tout en reconnaissant que « *c'est compliqué et je ne connais pas tous les projets* ».

La visibilité de l'ensemble des démarches n'est pas une réalité pour la majorité des acteurs, cependant un consensus ressort pour relier le PS à la démarche qualité et au projet médical.

Le lien avec la démarche qualité

Les deux projets de soins affichent une volonté de cohérence avec la démarche qualité initiée dans l'établissement, s'appuyant sur le rapport d'accréditation, en s'inspirant du manuel V2 pour orienter les axes du projet de soins.

⁴⁴ KOURILSKY F., Du désir au plaisir de changer, Paris, Editions Dunod, 2004, p65.

Sur le site 1, le CSS chargé de la qualité en mission transversale, veille à une complémentarité permanente entre le PS et la préparation de la certification prévue en 2006.

« On a travaillé avec la responsable de la qualité pour éviter de multiplier les groupes de travail, en s'appuyant sur les ressources déjà déployées afin de faire percevoir aux professionnels les liens entre les démarches ». Le PS s'inscrit donc dans une capitalisation des acquis et des ressources, veillant à prévenir toute redondance. Les apports méthodologiques de la démarche qualité sont réinjectés dans la conduite du PS. La gestion de l'interface de ces projets apparaît capitale.

Sur le site 2, la direction de l'accueil de la qualité et des relations avec les usagers (DAQRU), est responsable de l'élaboration du projet de prise en charge des patients dont l'objet est de « proposer à chaque patient une prise en charge sécurisée et adaptée à son état de santé, dans un environnement sécurisé et convivial en respectant le patient dans sa qualité d'être humain », partie constitutive du PE. Ce choix, selon le directeur chargé de la coordination des projets est en lien avec l'application de l'ordonnance du 2 mai 2005 afin de renforcer la prise en compte des droits des usagers. Dans ce contexte la complémentarité PS et projet Prise en charge des patients se traduit par le co-pilotage d'axes communs des deux projets. Il est prématuré pour évaluer la réalité de cette complémentarité, les chevauchements en terme de droits des patients étant importants, un équilibre reste à trouver. Et comme le souligne le directeur pré cité « *la qualité n'est pas une fin en soi mais un ensemble de méthodes* ».

Le retour des professionnels du terrain qui relie spontanément le PS à la démarche d'accréditation apparaît positive pour légitimer et faire reconnaître le projet de soins. « *Le PS vit, il a dépassé le stade du document, aidé par la démarche d'accréditation qui renforce certains axes et parce qu'on veille à la congruence, et au sens à donner* ». (un CSS).

Le lien avec le projet médical

Estimé incontournable par l'ensemble des acteurs, sa réalité est plus aléatoire. Ce lien dépend aussi de l'appréhension du projet médical par les médecins. S'inscrit-il dans une réelle dimension projet, avec des priorités transversales (site 2) ? Ou relève-t-il davantage d'une juxtaposition de projets de développement d'activités par discipline ou par service (site 1) ?

Les deux projets de soins comportent un axe complémentaire au projet médical. Cet axe est plus (site 2) ou moins (site 1) défini selon la « maturité » du projet médical.

La participation des médecins au PS est vivement souhaitée et appréciée quand elle se concrétise car elle permet de lever nombre d'incompréhensions et d'a priori respectifs.

« Il y a des idées préconçues chez les médecins et les soignants, seul le débat et l'échange peuvent y pallier et modifier la posture de chacun dans son domaine de responsabilité » (médecin).

« La place des médecins est essentielle, je leur parlais des travaux menés, ils ont besoin qu'on leur explique » (une infirmière).

La perception de cette collaboration diffère selon les acteurs en regard d'expériences vécues en ce domaine. Des « collaborations efficaces » sont évoquées mais aussi des difficultés « à se coordonner avec les médecins », « à impliquer les médecins qui conservent une vision encore très individualiste ». Ces différences sont confirmées par le médecin interrogé, qui a constaté une juxtaposition des démarches menées en parallèle sur le dossier de soins et sur le dossier patient unique, l'une relevant du PS et l'autre du PM. La présence du même CSS dans les deux groupes de travail a permis de clarifier les missions et responsabilités respectives et d'éviter toute incohérence majeure, pour autant ces projets n'ont pas bénéficié d'une réflexion globale de départ et connaissent une dissociation calendaire dans leur mise en œuvre, ce que regrette et le médecin pré cité.

Sur le site 1, le recours au président de la CME pour des validations de travaux, ou de l'information à diffuser auprès de ses collègues est une pratique fréquente. Cette sollicitation a posteriori nous semble peu incitative à provoquer l'implication des médecins.

Un débat persiste sur l'évolution de la complémentarité projet médical et projet de soins. Peut-on évoluer vers un projet unique médico-soignant ? Doit-on conserver deux projets distincts pour préserver la spécificité paramédicale ?

Quels sont alors les modes de complémentarité à développer ?

L'enjeu étant de parvenir à dépasser deux logiques qui restent aujourd'hui parallèles sans être opposées.

2.5.3 La conduite du projet de soins, de l'élaboration à sa mise en œuvre

2.5.3.1 Une démarche participative

Reconnue comme point fort du PS sur le site 2, la démarche volontairement ouverte, pluri professionnelle est énoncée comme « une nécessité qui permet la cohérence et l'implication des professionnels dans les actions à mener ». Cet établissement dont la forte culture de projet est soulignée par l'HAS dans le rapport de l'accréditation, s'est approprié ce principe de management. « Les professionnels sont restés mobilisés et ont répondu présents lors des appels à candidature ». Une recherche de représentativité s'appuyant sur le volontariat, source d'implication, mais aussi sur la diversité des fonctions, des expériences afin d'enrichir la réflexion garantit la dynamique des groupes et la pertinence des travaux.

Très présente lors de l'élaboration du PS, cette démarche participative a faibli dans le cadre de la mise en œuvre qui repose essentiellement sur l'encadrement, avec un risque quant à l'appropriation du PS par les soignants.

Sur le site 1, l'association des cadres de proximité et des professionnels soignants s'est opérée dans la phase de mise en œuvre du PS. Un même souci de représentativité a conduit à construire des groupes de travail pluri professionnels en associant si possible des médecins. Le discours recueilli sur la participation au sein de ces groupes apparaît homogène, décrivant « *une expression aisée pour l'ensemble des professionnels, des échanges fructueux, riches et diversifiés* », « *l'aspect positif de présence médicale qui nous permet selon les thèmes de bénéficier d'un éclairage indispensable* ». Les modes de relations « *qui aplanissent* » l'effet de hiérarchie contribue à libérer l'expression selon les acteurs. Enfin les pilotes confirment la mobilisation, la motivation et la forte émulation des acteurs, à travers le partage de leurs pratiques.

2.5.3.2 La démarche d'élaboration du projet de soins conçue en regard du contexte

Le coordonnateur des soins, à l'initiative du PS assure le pilotage de son élaboration. Les choix des deux coordonnateurs quant à la méthode d'élaboration se réfèrent aux contextes respectifs.

Sur le site 2 le coordonnateur privilégie, d'emblée une démarche participative élargie en recherchant une cohérence et une continuité vis à vis du précédent PS qu'il a aussi initié. Sa connaissance approfondie de l'établissement, notamment en terme de ressources humaines lui permet de miser sur le potentiel humain. L'analyse comparative des trois PS⁴⁵ montre une recherche de plus en plus marquée avec le projet médical, une articulation de plus en plus forte avec la démarche qualité et un approfondissement des thématiques inscrivant ce PS dans une dimension concrète et pragmatique. La reconnaissance du coordonnateur des soins au sein de l'équipe de direction assoit la légitimité du PS au niveau institutionnel, en centrant la direction des soins sur son domaine d'expertise soignante, légitimité renforcée par le choix du coordonnateur des soins de positionner un CSS en mission transversale d'expert en soins. Enfin les turbulences et incertitudes générées par l'organisation en pôles, les contraintes budgétaires qui limitent les marges de manoeuvre (budget prévisionnel d'accompagnement du PS non négocié) sont aussi des opportunités pour situer le PS comme « *ligne directrice qui peut calmer l'instabilité ressentie fortement aujourd'hui par les soignants* » (un CSS).

⁴⁵ Voir annexe n° 2, lecture comparative des trois projets de soins, site2.

Sur le site 1 le coordonnateur des soins utilise l'élaboration du PS, aussi comme outil de management de l'équipe CSS. En fédérant les CSS autour de la réflexion et de l'écriture du PS, il contribue à construire l'identité de cette équipe dont il fallait regagner la confiance. L'élaboration du PS représente « *un enjeu dans le cadre de ma prise de poste* ». Le coordonnateur des soins s'appuie sur la maîtrise de l'environnement institutionnel par les CSS, pour développer sa propre connaissance de l'établissement.

A travers l'évaluation du précédent PS, il amène les CSS, à définir des orientations plus concrètes et réalistes au nouveau PS. Il respecte aussi le travail réalisé en reprenant la partie conceptuelle du PS, qui avait fait l'objet d'une réflexion collective avec les équipes, guidée par un consultant. « *La reprise quasi intégrale de l'écrit conceptuel du précédent projet, en début de celui ci est très intéressante car la formalisation des valeurs était très bien faite et comme cela, on n'a pas perdu notre pensée* » (un CSS). Le choix de ne pas recourir à un consultant favorise la reconnaissance et la valorisation des compétences des CSS.

Sur les deux sites, les coordonnateurs sont fortement engagés dans l'élaboration du PS qui définit le cadre général de manière explicite, avec une stratégie managériale clairement identifiée.

2.5.3.3 Le pilotage de la mise en œuvre du projet de soins

La mise en œuvre du PS, déléguée aux CSS relève d'un principe de management des coordonnateurs des soins qui considèrent les CSS, membres de la direction des soins, responsables à part entière, de par cette appartenance, de l'organisation de la déclinaison du PS sur le terrain. Sur les deux sites, la logique de responsabilisation et d'engagement prévaut, pour chaque pilote. Le fort potentiel de l'encadrement supérieur est souligné par les coordonnateurs.

Les CSS adhèrent à cette démarche en appréciant l'autonomie dont ils disposent pour ce pilotage. Ils estiment donner sens à leur fonction centrée sur la conduite de projet et le management, par l'accompagnement des groupes de travail qu'ils initient et par le suivi des travaux réalisés. Ils insistent sur la nécessité d'une maîtrise de la conduite de projet, d'une rigueur méthodologique (connaissance des outils : audits, fiche de suivi, fiche d'action..) avec un échéancier précis, et des points d'étape et de validation réguliers avec le coordonnateur des soins. Ils attendent de la part du coordonnateur, un rôle de soutien, d'expert, d'éclairage voire d'arbitrage qui fixe les priorités selon le contexte. Globalement ils expriment une satisfaction dans leurs relations avec le coordonnateur. « *M. D. est très agréable, très compétent et très ouvert. Si j'hésite sur une orientation, je peux le solliciter, il est toujours disponible* ». « *J'ai été amené à renégocier l'échéancier prévu, ça s'est bien passé, moi je suis assez autonome donc ça va, si j'ai un problème, je demande, en règle*

générale, on me répond ». Il n'y a pas de réel calendrier de points d'étape, ceux-ci s'effectuent à la demande des CSS.

Les infirmières et le médecin qualifient positivement le rôle et le mode de fonctionnement des pilotes. « *Il fait preuve d'une neutralité bienveillante, sans être trop directif* ».

« Il nous met à l'aise, répond à nos questions, nous informe ».

La dynamique des groupes de travail est soulignée unanimement : partage des pratiques, échanges fructueux, débats parfois contradictoires.

Les difficultés exprimées par les pilotes sont relatives à la cohérence des actions menées, ce qui conduit les CSS à échanger régulièrement entre eux, pour prévenir toute redondance dans les travaux réalisés. « *Nous nous voyons beaucoup, cela prend du temps mais c'est nécessaire pour que nous soyons cohérents ce qui donne du sens à l'ensemble du projet* ». Ceci démontre leur engagement dans la démarche.

2.5.3.4 Le rôle de l'encadrement de proximité

Ce rôle est reconnu déterminant. L'adhésion des cadres de proximité au PS donne du sens à ce projet sur le terrain. « *Le PS est un guide et doit être porté par les CS, c'est le cœur même de la fonction cadre* » (un CSS). Le sens du PS au niveau des soignants est fortement lié au mode de management du cadre dans son service, à la façon dont il est vecteur des valeurs, des enjeux du PS, à la manière dont il fait les liens avec le soin au quotidien. « *Il faut le vivre ce projet, et non le prescrire, si l'intelligence du projet est partagée par les équipes, on arrive à des choses vivantes* » (un CS). C'est par la connaissance de ses équipes que le cadre peut être l'ambassadeur du PS. Le cadre est responsable de la déclinaison du PS au niveau du projet de service, et en même temps ce projet représente une référence (objectifs communs partagés) qui guide son management.

Les infirmières situent le cadre de proximité comme relais et attendent de sa part une aide et un soutien pour communiquer avec leurs collègues. « *Dans le service, on en parle, le cadre nous incite à le faire auprès de nos collègues, mais ce n'est pas partout pareil* », « *parfois c'est difficile de faire passer le message aux collègues, le cadre peut nous aider* »

Sur le site 1 le coordonnateur confirme la responsabilité des cadres vis à vis de l'information auprès des équipes, mais précise que l'implication à ce niveau est irrégulière, fortement dépendante de la participation ou non des cadres à des groupes de travail. Il pense également que cela « *dépend du positionnement des cadres auprès de leurs équipes et de leur mode de management* ». Sur le site 2, le constat d'une moindre implication de l'encadrement de proximité semble corrélé à un nombre important de jeunes cadres qui ont une méconnaissance de l'établissement conjuguée à une expérience limitée en management.

2.5.3.5 Ce qui incite les acteurs à s'impliquer dans la démarche

Les motivations des cadres et CSS à s'impliquer relèvent à la fois de la conception de leur fonction et de leurs expériences professionnelles. Ainsi l'appétence à la conduite de projet, à la notion d'évaluation, de formation est citée comme raison initiale. Les domaines d'expertise : cadre hygiéniste, cadre responsable des réseaux ayant travaillé sur l'éducation et la prévention guident aussi les motivations. L'intérêt du partage pluridisciplinaire, le désir d'améliorer les soins, l'affinité avec certaines personnes, sont aussi des sources d'implication.

Les infirmières évoquent l'opportunité de mieux connaître l'établissement, d'échanger avec d'autres professionnelles, de sortir du service, de progresser, de participer à l'amélioration des pratiques, de « *faire un travail plus réfléchi, plus approfondi* ». « *J'avais envie de participer à quelque chose de créatif, de parvenir à mettre en place des actions concrètes facilitant les pratiques, d'être un relais une référente auprès du service* ». Ces professionnelles s'inscrivent dans une démarche d'évolution, de recherche d'une distance vis à vis du quotidien et d'ouverture, tout en conservant une dimension pragmatique. L'investissement du départ s'est même parfois renforcé, par un souhait de devenir formateur interne lors d'appel à candidature.

La reconnaissance et la valorisation individuelle semblent être ici les vecteurs de l'implication et de l'engagement des professionnels.

Pour autant, sur le site 2, un CSS déplore la « sur sollicitation » des CS (confirmée par ces professionnels eux mêmes), qui s'essouffent et peuvent ressentir le PS comme une contrainte. « *Ce PS repose trop sur les cadres. Cela leur fait trop de chose à assumer, j'ai essayé d'arrêter de les solliciter dans mes groupes (recours aux soignants) d'autant que certains thèmes concernent également les professionnels d'où l'intérêt de les intégrer* ». Cet écueil est également évoqué par le directeur chargé de la coordination des projets. « *Attention aux groupes de travail exclusivement composés de cadres* ».

2.5.3.6 Le projet de soins, opportunité de changement et source d'identité professionnelle

Les changements liés au PS se constatent à deux niveaux.

- les pratiques professionnelles : outils de soins, modalités de prise en charge des patients⁴⁶.
- les relations professionnelles qui deviennent horizontales dans les groupes de travail, favorisent ainsi les initiatives et génèrent un mode de reconnaissance basé

⁴⁶ Cf. p.37, paragraphe 2.5.2.3, les changements opérés et observables dans les pratiques.

sur la contribution et non plus sur la fonction. « *Le PS a été un enjeu pour évaluer le changement des relations CSS/DS* » (coordonnateur du site 1).

Le PS apparaît ici contributif de l'identité professionnelle. Ainsi, sur les 2 sites l'encadrement supérieur se sent réellement appartenir à la direction des soins, à travers sa contribution à l'élaboration du PS (notamment sur le site 1) puis sa responsabilisation et son autonomie dans le pilotage de la mise en œuvre. « *Ils ont travaillé ensemble, validé les orientations prises, ce qui a été source d'engagement d'autant qu'ils seraient impliqués comme pilotes dans la mise en œuvre* »(coordonnateur des soins du site 1) .

En misant ainsi sur le potentiel des CSS, le coordonnateur favorise le sentiment de reconnaissance et d'appartenance de ces acteurs à la direction des soins, ce qui est propice au processus d'identification.

Si l'encadrement supérieur affirme son positionnement dans cette démarche, si les infirmières impliquées expriment leur satisfaction en identifiant les bénéfices du projet de soins, le positionnement de l'encadrement de proximité interroge.

On peut penser que leur non association à l'élaboration du PS sur le site 1 contribue à une implication aléatoire dans la mise en œuvre du projet.

La référence d'appartenance du cadre de proximité (service ? équipe de cadres ? direction des soins ?), le management du CSS au sein de son secteur, à l'instar de celui de la DS envers les CSS, sont autant de facteurs contributifs au positionnement des CS vis à vis du PS. « *L'essoufflement* » des cadres, précédemment évoqué peut aussi conduire ces professionnels à prendre une position de retrait, pouvant être identifiée comme une forme de résistance au changement.

On peut aussi se demander si le degré d'appropriation du PS par les cadres ne représente pas un frein quant à l'implication voire l'adhésion à ce projet.

Ceci nous amène à considérer la politique de communication menée autour du projet de soins.

2.5.3.7 La communication autour du projet de soins

La communication initiée se décline selon les choix opérés relatifs à la conduite du projet.

Sur le site 1, le coordonnateur des soins informe l'encadrement de proximité de la méthodologie retenue pour élaborer le PS. Puis il initie la présentation du projet élaboré à la CSSI et au cours d'une réunion plénière de l'encadrement. Il délègue totalement aux CSS et CS l'information et la communication au sein des secteurs. « *Nous n'avons pas eu de directives, à chacun de s'organiser* » (un CSS).

Le bilan à mi-parcours fait l'objet d'une restitution à la CSSI et est diffusé (document écrit) aux cadres. Le CSS en mission transversale précise que l'évaluation intermédiaire est « *en fait liée à la préparation de la certification dans le cadre de l'auto-évaluation* ».

L'avancée des travaux se régule entre les pilotes et le coordonnateur en rencontre duelle à la demande voire au cours des staffs CSS/ DS.

La non activation du comité de suivi prévu initialement confirme la faiblesse du dispositif de communication sur ce site.

Sur le site 2, le coordonnateur des soins informe la CSSI et l'encadrement bien en amont de la phase d'élaboration du projet, compte tenu de la démarche participative. La formalisation du PS fait l'objet d'une présentation conjointe avec le PE lors d'une réunion plénière de l'encadrement. Ce choix opéré par la direction générale n'apparaît pas adapté a posteriori pour l'ensemble des cadres interrogés car « *trop dense, avec un aspect soporifique, peu propice aux échanges. D'ailleurs, il n'y a pas eu beaucoup de questions* ». La diffusion de plaquettes relatives au PE sur l'ensemble de l'établissement confirme le registre descendant de l'information. Le coordonnateur des soins, conscient d'une insuffisance de communication envisage dès la concrétisation des pôles un dispositif de communication à destination des professionnels par pôle. Un projet de site intranet du PS est aussi envisagé.

Les modalités de régulation du suivi du projet convergent avec celles du site 1.

Ainsi si tout à chacun reconnaît « *l'importance de la qualité de l'information pour mobiliser les professionnels* », les pratiques en vigueur n'atteignent pas cet objectif. Au mieux, une partie des acteurs sont informés à un moment donné de l'état du projet. Mais il n'existe pas réellement une politique construite de communication, « *ce qui pêche souvent dans nos établissements* » (coordonnateur du site 1). « *Le partage de l'information est encore largement insuffisant entre les professionnels* » (un CS).

L'attitude de CS peu enclins à s'impliquer et à communiquer sur le PS dénoncée de manière récurrente par certains CSS pose aussi la question de leur propre communication.

L'implication ne se décrète pas, même si la fonction cadre pré suppose une posture d'adhésion au PS. Une interrogation globale sur les modes de relations et de management s'impose à notre avis.

Les acteurs les plus impliqués dans le PS, démontrent à travers leur discours centré sur la qualité des échanges, le sentiment d'être écouté et le soutien qu'ils perçoivent, que le registre de communication est réel, les quatre étapes de la « communication réussie »⁴⁷ étant atteints.

⁴⁷ Voir p.24, une communication réussie passe par quatre étapes : dire-montrer-écouter-agir ensemble.

Au mieux pour le reste des acteurs, le niveau de l'information peut être atteint, à savoir « dire et montrer », ce qui nous apparaît peu propice pour provoquer l'appropriation du projet.

Le risque alors est de générer un clivage entre les acteurs impliqués dans le PS et le reste des professionnels pouvant conduire à des incompréhensions mutuelles, allant à l'encontre de l'objectif fédérateur du PS.

2.5.3.8 Le projet de soins et l'évaluation

L'évaluation du précédent projet est une nécessité incontournable réalisée sur les deux sites, pour garantir la continuité. « *Il est important de ne pas gommer le passé et l'histoire* ».

La déclinaison des modalités d'évaluation du PS diffère d'un site à l'autre.

Elles sont plus précises sur le site 1. Les indicateurs sont définis dès l'élaboration du projet, étant déclinées par les futurs pilotes de la mise en œuvre du projet.

La production d'un bilan mi-étape prend du sens si la démarche de certification représente une opportunité pour le réaliser et non si ce bilan rentre dans une logique prescriptive. Le ressenti des acteurs apparaît mitigé à ce niveau. « *L'évaluation existe de manière segmentaire pour chaque axe, mais il n'y a pas de vision globale, structurée, à période déterminée, de l'avancée du projet, à part le bilan intermédiaire réalisé pour la préparation de la certification* ». (Un CSS).

Sur le site 2, la déclinaison des critères, non réalisée dès l'élaboration du PS, s'opère de manière plus participative avec les membres des groupes de mise en œuvre du projet.

Il nous paraît fondamental d'associer les professionnels à l'élaboration des critères d'évaluation pour fonder la légitimité des résultats du bilan.

La CSIRMT envisagée comme instance essentielle pour accompagner le suivi du projet, ne joue pas encore ce rôle sur le terrain. Les intentions sont cependant affichées, en ce sens notamment, pour amener cette instance à devenir « *un organe de consultation et de coordination des productions réalisées* ».

La politique d'évaluation apparaît plus présente et structurée sur ce site, à travers une culture développée à ce niveau par la concrétisation d'un bilan annuel du PS présent dans le rapport d'activité et diffusé à la CSIRMT et à l'encadrement. L'utilisation d'outils d'évaluation plus fréquente sur ce site semble appropriée par les professionnels : enquête de satisfaction auprès des usagers, questionnaires d'évaluation pour faire l'analyse de l'existant du PS, audit avec formation d'auditeurs internes, audit clinique ciblé.

2.5.4 Les limites de l'exercice et des interrogations qui persistent

2.5.4.1 Une nécessaire appropriation

Comme nous l'avons vu, la connaissance du PS varie selon les acteurs et sa perception globale est loin d'être acquise, y compris pour les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre qui parviennent selon leur fonction et le contexte à s'approprier une partie du PS. La logique de segmentation, très prégnante, à l'hôpital persiste donc à ce niveau. Les calendriers, les enjeux contextuels qui influent sur les choix stratégiques de conduite du projet de soins peuvent aussi limiter cette appropriation. Celle-ci, par définition nécessite du temps, et la mobilisation du plus grand nombre d'acteurs dans la réflexion initiale sur les orientations et la mise en œuvre du projet. « *Le PS est à mettre en œuvre avec les professionnels du terrain, il faut savoir les convaincre* » (un directeur). La gestion du temps complexifiée par les turbulences, la multiplicité des projets institutionnels reste une préoccupation centrale du management PS, avec une difficulté à identifier les réelles priorités.

2.5.4.2 Le PS et la nouvelle gouvernance

Le questionnement récurrent des pilotes du PS concerne l'articulation entre le PS et le projet de pôle à venir. « *Quelle place sera laissée aux pilotes ? Comment tenir le cap ?* »

La logique fondatrice de l'organisation des pôles initiée sur le terrain renforce ce questionnement, selon la cohérence, la complémentarité des activités regroupées où à l'inverse quand la logique affinitaire médicale a prévalu.

L'absence, à ce jour de projet de pôle formalisé ouvre le champ à l'incertitude, et aux interprétations multiples. Pour autant les CSS se projettent au service de la cohérence entre le PS et le projet de pôle. C'est aussi une opportunité à saisir pour favoriser la complémentarité médico-soignante à un niveau décentralisé, plus proche des préoccupations du terrain. Les coordonnateurs des soins misent aussi sur le PS comme moyen transversal pour favoriser la coordination et la cohérence entre les pôles.

L'enjeu de l'appartenance des CSS (fonction retenue sur ces deux sites pour être cadre de pôle) à la direction des soins prend ici tout son sens.

2.5.5 Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses

Cette étude nous apporte différents enseignements.

Sur les deux sites, le coordonnateur des soins inscrit l'élaboration du PS, dans une **démarche stratégique** par: un diagnostic initial suffisamment élargi qui recherche les articulations avec les démarches institutionnelles, une reconnaissance des valeurs, une identification des orientations et des objectifs, des choix stratégiques en terme de

méthodologie pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet, des modalités d'évaluation inscrites dès la conception du projet. « *L'engagement important et démonstratif du sommet hiérarchique* »⁴⁸ reconnu comme gage de réussite du **management stratégique** selon M. Crémadez , correspond ici, à l'engagement du coordonnateur des soins dans le pilotage de l'élaboration du PS et dans le soutien des CSS lors de la mise en œuvre du projet. Cependant la recherche de mobilisation des acteurs plus restrictive, à la phase d'élaboration du projet nous conduit à pondérer la notion de management stratégique sur le site 1, même si la direction des soins s'est appuyée sur une analyse de l'existant.

La **maîtrise de la conduite de projet** par le coordonnateur des soins et l'encadrement supérieur est une réalité que l'on constate autant dans la formalisation du projet, qu'à travers le management participatif des groupes de travail initiés. La responsabilisation des professionnels impliqués les positionne en véritables **acteurs du projet**. Ils expriment fortement leur satisfaction à **être reconnus**, écoutés dans leurs contributions.

Le PS présente des **objectifs concrets** et réalistes dans un souci de **continuité** et de **complémentarité**, avec des **résultats observés** dans les pratiques. Les **changements opérés favorisent l'implication** des professionnels interrogés. « *Les résultats du bilan mi-étape sont encourageants, c'est satisfaisant de voir concrètement le résultat de notre travail* », propos d'une infirmière confirmés par l'analyse documentaire du bilan mi-étape.

La présence d'un CSS en mission transversale sur la qualité (site 1) et sur l'expertise en soins (site 2) renforce la **cohérence** des axes du projet de soins en renforçant les liens avec la démarche qualité de l'établissement.

Ces éléments nous conduisent à valider notre deuxième hypothèse.

Hypothèse II

La mise en œuvre du projet de soins est corrélée à la reconnaissance et à la valorisation des acteurs concernés. La population interrogée qui contribue fortement à la mise en œuvre du PS relie effectivement l'avancée du projet à des changements de pratiques qu'elle constate sur le terrain. Ces professionnels, de l'infirmière au cadre supérieur de santé, ont exprimé leur désir et leur satisfaction d'être reconnus.

L'étude menée nous amène à valider partiellement notre première hypothèse.

Hypothèse I

L'implication des acteurs dans le projet de soins semble être influencée par la perception qu'ils ont de la concrétisation de ce projet.

⁴⁸ CREMADEZ M., Op cit, p.281

En effet, si la mise en œuvre d'actions concrètes est soulignée comme source de satisfaction, donnant du sens à l'engagement de ces professionnels dans le projet de soins ; la méconnaissance du PS, par les infirmières n'a pas empêché leur implication initiale. De même, la perception partielle de l'avancée du projet, ne semble pas représenter un frein réel à la poursuite de leur engagement dans la démarche. Selon l'analyse stratégique, « *l'implication peut être alors perçue comme un élément de stratégie individuelle dans l'organisation liée à la manière dont l'individu investit le champ professionnel et y place des enjeux personnels* ». ⁴⁹ L'acteur cherche, ici à faire reconnaître son savoir, son savoir faire, son professionnalisme. « *C'est là que se situe une des sources majeures de son pouvoir et de son identité professionnelle, d'où son comportement impliqué* ».

Cette enquête montre aussi **les limites de la mise en œuvre du projet de soins**.

La politique de communication autour du projet de soins, malgré une conscience de sa nécessité, apparaît insuffisante voire défailante, se résumant la plupart du temps au registre informatif au mieux.

La mobilisation des professionnels soignants, non cadres, reste aussi limitée et concerne souvent les mêmes personnes ce qui contribue à une perception et à une appropriation hétérogène du projet de soins. Les changements à opérer risquent alors de rencontrer des résistances plus fortes sur le terrain. Le constat de la difficulté à initier des changements en profondeur témoigne du chemin qu'il reste à parcourir pour que le projet de soins prenne réellement du sens dans les pratiques au quotidien.

L'implication variable de l'encadrement de proximité est une réelle problématique influant de fait sur la communication du projet au plus près du terrain. Pour autant, au cours de l'étude, cette problématique, parfois liée à la surcharge de travail ou à l'incohérence des projets institutionnels, ne réinterroge pas la ligne hiérarchique dont ces cadres dépendent.

Le projet de soins élaboré à partir d'évaluations diverses réalisées par des méthodes et outils rigoureux, présente paradoxalement **des modalités de suivi et d'évaluation** de sa mise en œuvre assez floues, hormis l'évaluation finale ou initiale du futur projet.

Enfin, il persiste une difficulté à mobiliser la communauté médicale et la **coordination avec le projet médical**, bien que formalisée dans le PS apparaît plus ou moins réussie, selon la maturité du projet médical et les modes de collaboration.

⁴⁹ BELLIER-MICHEL S., L'individu et le système, Sciences Humaines, Mars/Avril 1998, Hors série n°20, p.46

L'ensemble de ces résultats ne nous permet pas de confirmer ou non la troisième hypothèse.

Hypothèse III

L'opérationnalité du projet de soins est liée à la cohérence de son articulation avec les autres projets institutionnels.

En effet, nous n'avons recueilli de données que sur l'articulation avec le projet médical et la démarche qualité. Le lien avec le projet social (site 1) n'apparaît qu'à travers l'analyse documentaire sans être confirmé par les entretiens.

En fait cette hypothèse se trouve confirmée si on opère une lecture restrictive à savoir, l'articulation du PS et de la démarche de certification, qui renforce la connaissance par les professionnels, des actions menées.

Cependant l'articulation avec le projet médical, plus aléatoire n'empêche pas la mise en œuvre d'actions du PS dans sa dimension spécifiquement paramédicale.

En conclusion notre questionnement de départ sur le lien entre management du projet et implication des professionnels dans la mise en œuvre de ce projet se trouve éclairé pour partie par cette étude de terrain, qui nous a permis d'identifier des facteurs contributifs et des éléments limitant la mise en œuvre du projet de soins. Pour autant, nous mesurons le caractère limitatif de cette étude, réalisée sur un temps court, dans un « contexte de transition réglementaire » où les impacts législatifs ne sont pas encore appropriés sur le terrain.

La troisième partie de ce mémoire, nous conduit à émettre des propositions visant à éclairer la stratégie du directeur des soins dans la conduite du projet de soins.

3 Propositions et axes d'amélioration

Il ne s'agit pas ici de proposer un « modèle » de projet de soins, ce qui serait le contre sens même du projet. En effet, tout projet s'inscrit dans un contexte environnemental, culturel, sociologique ce qui rend singulière toute conduite de projet par la prise en compte de l'ensemble de ces facteurs. Nous allons donc présenter des préconisations relatives au management et à la méthodologie que nous pensons être contributives à la réussite de la mise en oeuvre du projet de soins.

3.1 Avoir une vision stratégique et prospective

Il revient au directeur des soins de développer une approche macroscopique pour élaborer ce projet de soins, qui représente alors un moyen parmi d'autres pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge des patients.

Le diagnostic initial, étape incontournable mérite une attention particulière en intégrant les orientations en matière de santé publique conjuguées aux données épidémiologiques locales, les attentes des usagers, les évolutions réglementaires et les axes de la politique de l'établissement. L'identification et l'analyse des dysfonctionnements sont également essentielles pour répondre aux préoccupations du terrain et ancrer le PS dans une dynamique d'amélioration de la qualité.

Les rapports d'accréditation, de certification voire les résultats d'auto évaluation sont des atouts précieux à utiliser pour donner du sens et de la cohérence aux axes du projet.

Le diagnostic repose donc sur des facteurs externes et internes, l'intérêt étant d'identifier et de comprendre le présent pour envisager l'avenir.

La recherche de complémentarité entre les différents projets institutionnels (projet social, projet qualité, projet médical...) apparaît nécessaire pour identifier les axes communs de ces projets. La constitution d'un groupe de travail commun permet alors la déclinaison de plans d'actions plus cohérents.

Il convient aussi de tenir compte des ressources de l'établissement et de veiller à « l'économie » du projet : savoir reconnaître, valoriser, mobiliser les expertises et expériences internes, afin de capitaliser les acquis dans une logique de synergie. Ainsi les professionnels mobilisés dans le cadre de l'auto évaluation représentent des ressources qu'il peut convenir de mobiliser.

Nous pensons également souhaitable que le directeur des soins puisse identifier le budget prévisionnel alloué pour accompagner le déploiement du PS ce qui majore sa vision stratégique.

C'est par l'affirmation dans son domaine d'expertise soignante, et par son engagement dans la politique de l'établissement que le directeur des soins peut contribuer à donner un sens institutionnel au projet de soins, ce qui suppose :

- Une analyse contextuelle approfondie
- Une acceptation des règles du jeu (réalité socio-économique, politique de santé...)
- Une capacité à être visionnaire et à oser
- Une capacité à faire confiance et à s'ouvrir aux autres
- Un souci constant de l'assurance qualité

3.2 S'appuyer sur une méthodologie rigoureuse

Privilégier un projet de soins pragmatique et réaliste, attendu tant par les professionnels du terrain que par la direction, nécessite une démarche méthodologique rigoureuse.

Nous proposons d'appuyer la conduite du projet sur les principes suivants :

- privilégier une démarche participative volontariste dès l'élaboration du projet. Selon l'approche stratégique, faire participer les acteurs opérationnels aux orientations demeure un gage de leur implication dans la mise en œuvre de ces orientations.
- porter une vigilance sur la pluridisciplinarité et la représentativité des groupes de travail initiés. Outre les professionnels soignants (cadres et non cadres), la présence de médecins, de professionnels non hospitaliers, de représentants des usagers, selon les thèmes travaillés nous apparaît légitime et nécessaire en terme d'ouverture, permettant ainsi d'élargir une vision parfois « hospitalo-centrée ».
- définir, par une démarche projet, les références conceptuelles, les axes stratégiques du PS, son plan d'actions. Un nombre limité d'objectifs stratégiques garantit une meilleure opérationnalité, par le respect du principe de réalité et prévient ainsi la dérive possible vers un « *projet incantatoire* » qui n'aboutit pas.
- utiliser des outils méthodologiques, accessibles et harmonisés. L'utilisation de *fiches actions*⁵⁰ et de *fiches de suivi*⁵¹, permet à chaque groupe de travail de

⁵⁰ La fiche actions précise l'intitulé de l'axe stratégique, le définit, argumente ce choix par un bilan de l'existant (points forts/points faibles), décline les objectifs globaux et opérationnels, les résultats attendus, la mise en œuvre des actions (comment, par qui, avec qui), les modalités d'évaluation et le calendrier

⁵¹ La fiche de suivi identifie la composition et les attributions du groupe de travail. Il s'agit de la feuille de route de l'animateur chargée de la renseigner (date des réunions, thèmes abordés, réalisations..) au fur et à mesure de l'avancée des travaux

disposer d'une trame commune qu'il renseigne à mesure de l'avancée de ses travaux. Ces tableaux bord du plan d'actions se doivent d'être synthétiques.

- appuyer l'élaboration du PS sur un dispositif cohérent et coordonné de pilotage. Un *comité de pilotage*, missionné par la direction et représentatif des structures décisionnelles représente l'organe de validation (méthodologie, architecture globale du projet, priorités et calendrier) et d'évaluation de la pertinence et de la cohérence du projet. Un *groupe projet*, de composition pluridisciplinaire, à dimension opérationnelle a pour mission d'accompagner les groupes de travail, de coordonner les travaux réalisés, de soumettre au comité de pilotage, l'avancement du projet. Les *groupes de travail*, sont constitués sur la base du volontariat mais aussi des expertises et complémentarités requises, avec l'identification d'un animateur responsable.
- se référer aux structures existantes au sein de l'établissement (comité de pilotage qualité par exemple) pour veiller à la coordination des différents projets.
- identifier les acteurs responsables de la mise en œuvre du PS dès son élaboration. Le principe d'un pilote et co-pilote par axe du projet retient notre préférence en associant un CSS et un CS pour favoriser l'appropriation du projet par l'encadrement de proximité, à adapter en fonction du contexte et des expertises nécessaires.
- accompagner la mise en œuvre du projet, par un soutien des pilotes et co-pilotes, en veillant à une représentativité suffisante des soignants non cadres si des groupes de travail sont initiés. La périodicité des réunions doit être adaptée pour prévenir l'essoufflement des acteurs impliqués. Une présence ponctuelle du directeur des soins, à ces groupes de travail, négociée avec les pilotes, est aussi une source de reconnaissance.
- quel que soit le dispositif global initié, l'utilisation d'un tableau de bord général du projet de soins est un outil indispensable pour le directeur des soins, afin d'anticiper et de prévenir les éventuelles incohérences ou redondances, par une lisibilité renforcée.

3.3 Inscrire le management du projet de soins en cohérence avec la nouvelle gouvernance

Le projet d'établissement doit comporter un projet de prise en charge des patients⁵², à la croisée des chemins du projet de soins et du projet médical. L'interprétation de ce texte, nous amène à reconsidérer la manière de concevoir le PS.

Si, comme nous l'avons vu le PS affiche déjà, dans sa formalisation des axes complémentaires au projet médical, ceux-ci ne font pas l'objet d'une réflexion commune en amont, et relèvent bien plus souvent d'une juxtaposition que d'une réelle intégration au projet. Nous pensons que la coopération avec la communauté médicale est à rechercher plus précocement. Il s'agit, dès l'analyse de l'existant, d'identifier et de négocier avec les médecins, quels sont les axes prioritaires, qui feront l'objet d'une réflexion et déclinaison commune à travers le projet de prise en charge des patients. Cette orientation peut répondre à une incompréhension du médecin interrogé lors de notre enquête. « *Je trouve dommage de faire des compartiments : projet de soins/projet médical, je pense que ces projets doivent se penser et se décliner conjointement, pour être cohérents* ». Cette évolution qui représente un changement culturel important peut se heurter à des résistances sur le terrain : non adhésion des médecins, crainte d'une suprématie médicale, sentiment de perte de légitimité, notion de perte pour le PS qui paradoxalement peine à se faire reconnaître par tous les soignants. Les jeux de pouvoir, les rapports de force prégnants à l'hôpital puisent leurs fondements dans une culture encore marquée par de forts corporatismes. Pour transcender ces différences, et favoriser l'évolution culturelle de ce changement, la coopération des usagers dans les projets peut être une aide, par leur regard critique et leur revendication légitime et reconnue à être acteur du système de soins.

La perméabilité des projets, la difficulté à identifier les frontières souvent dénoncées par les acteurs, est ici illustrée entre le PS et le PEC. Il convient à terme de se détacher d'une logique d'appartenance à un projet au profit d'une clarification de qui fait quoi, en privilégiant le registre de la compétence au détriment de celui du pouvoir.

Il nous apparaît nécessaire, en regard de l'enquête menée, de pouvoir concilier une évolution vers cette complémentarité affirmée, tout en maintenant au sein du PS la définition d'une philosophie des soins et d'axes stratégiques spécifiquement paramédicaux.

⁵²Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

L'objectif final d'amélioration du processus de prise en charge du patient nécessite à la fois de renforcer la cohérence et la pertinence de la prise en charge médico-soignante (projet PEC) mais aussi d'améliorer certaines pratiques paramédicales ne relevant pas du champ médical. Le PEC devient ainsi la pierre angulaire, articulant réellement le projet de soins et le projet médical.

L'option de déléguer la mise en œuvre du PS au niveau de l'encadrement supérieur, s'inscrit pleinement dans le cadre de l'organisation en pôles. En effet, cette fonction est retenue prioritairement dans les établissements, pour assister le responsable du pôle, comme la réglementation le recommande⁵³. Le positionnement des CSS, leur permet donc d'appréhender et de favoriser la déclinaison des axes du PS sur le terrain, source de cohérence au sein du pôle.

Le futur projet de pôle « élaboré par le praticien responsable, avec le conseil de pôle, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins »⁵⁴, nécessitera la vigilance du CSS pour une prise en compte des axes du PS. Ce projet fait l'objet d'une contractualisation interne avec le directeur et le président de la CME, en cohérence avec le PE. Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, et les modalités annuelles d'évaluation de l'exécution du contrat.

Le contrat de pôle représente donc une opportunité de veiller au suivi du PS à travers les critères d'évaluation définis par le conseil de pôle, puis validés par la CME et le conseil exécutif. Le CSS, membre de droit du conseil de pôle, le coordonnateur des soins, souvent membre du conseil exécutif s'assurent de la présence d'indicateurs de suivi du PS.

« La mise en pôles ne doit pas aboutir à de nouveaux cloisonnements »⁵⁵. Le PS, par sa transversalité et sous conditions d'un réel travail de mise en cohérence et de coordination entre les pôles peut prévenir cet effet pervers.

⁵³ Art.R. 6146-2 CSP précise que ce n'est qu'à défaut de cadre supérieur que le responsable de pôle peut choisir son assistant parmi les cadres de santé ou les sages-femmes cadres du pôle.

⁵⁴ Art L. 6146-6 CSP

⁵⁵ Circulaire DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS, juin 2006, p.82.

3.4 Développer la communication et renforcer le suivi du projet de soins

Reconnue globalement défailante, dans l'étude réalisée, la politique de communication autour du projet de soins retient notre attention.

Le registre de communication autour du projet de soins, présent au sein des groupes de travail reste essentiel pour mobiliser les acteurs, et pour garantir la qualité des productions. Créer les conditions favorables à l'expression de chaque acteur c'est à dire instaurer un climat de confiance et de respect mutuel (ce que pense autrui m'intéresse) relève de la responsabilité de chaque pilote ou animateur. Cependant imaginer des modalités de communication inter groupes renforcerait la vision d'ensemble du projet pour les acteurs impliqués.

Les autres temps de diffusion d'informations nécessitent d'être réinterrogés.

Parvenir à concilier des temps d'information, moins chronophages visant un public élargi, et des temps de communication plus propices aux échanges doit permettre d'améliorer l'appropriation du projet. Les temps d'échanges peuvent se concevoir de manière décentralisée, au niveau des pôles.

Outre l'information relative à l'élaboration du PS, qui s'appuie sur un dispositif de pilotage, et sur les instances institutionnelles, il convient de développer la communication sur le suivi du projet et sur ses résultats, auxquels les acteurs du terrain sont particulièrement sensibles.

Pour ce faire, la CSIRMT et/ou son bureau, peut représenter l'organe de suivi du projet assurant la coordination des productions réalisées. Le directeur des soins donne ainsi une nouvelle dimension à cette commission pour la faire vivre réellement.

La communication sur les résultats est à optimiser, par des sources différentes et à des temps réguliers. Le rapport d'activité du service de soins valorise annuellement ces résultats. Une communication est à envisager auprès des instances avec une périodicité à adapter selon le contexte. L'utilisation des supports d'information institutionnels (intranet, journal interne...) complète les modalités de communication possibles.

Si le directeur des soins reste garant de la communication relative au PS, il n'en assure pas pour autant l'exercice exclusif. La réflexion relative à cette communication ne prend du sens que si elle est partagée par l'encadrement. Il s'agit bien ici, d'adapter au mieux la nature et les modalités de l'information selon les acteurs ciblés, qui présentent une hétérogénéité en terme de connaissance et d'implication dans le projet. Comme le précise un cadre : « il faut que le discours leur parle ». Comme l'éclairage théorique nous l'a précisé, la communication ne s'improvise pas, elle nécessite des connaissances voire des techniques et surtout une préparation à sa mise en œuvre.

Une phase de diagnostic identifiant le contexte en regard de l'objet de la communication et du public ciblé conditionne le choix du message et des modalités de communication. Quel message, sous quelle forme pour quel public ? Une phase, souvent occultée, consiste aussi à évaluer le résultat de la communication (ce que le public a compris réellement).

La communication du PS, initiée par un cadre de proximité, dans son service ne peut pas être la réplique du contenu d'une réunion de cadres sur ce thème. C'est, par la connaissance de son équipe et sa capacité à faire les liens avec les pratiques du service que le cadre rend intelligible le PS et lui donne du sens pour les soignants.

Ainsi communication et suivi du PS sont indissociable et contributifs l'un à l'autre. En construisant un plan global de communication du PS, en collaboration avec l'encadrement et la direction, le directeur des soins favorise le suivi du projet de soins.

3.5 Le management du projet de soins ou le projet de soins comme outil de management ?

L'étude menée a démontré d'une part l'importance de l'engagement du directeur des soins dans le management du PS et d'autre part l'opportunité que peut représenter ce PS en terme d'objectif managérial (site 1). Nous considérons que ce PS s'ancrera dans une réalité au quotidien que s'il s'appuie sur une démarche volontariste de mobilisation des professionnels soignants ce qui nécessite un engagement fort de l'ensemble de l'encadrement soignant. Nous sommes également convaincus que ce projet de soins peut représenter un référentiel au service du management de chaque cadre, à travers la déclinaison d'une philosophie de soins, et ses objectifs d'amélioration inscrits dans une durée qui permet une vision prospective.

En développant un management responsabilisant et « positif », le directeur des soins peut fédérer l'encadrement soignant.

Reconnaître les CSS, en tant que membres de la direction des soins, c'est miser sur leur potentiel, leur engagement ce qui, selon l'étude, conforte leur identité professionnelle. Ce qui suppose pour le directeur des soins de respecter leur autonomie, en définissant ensemble les règles du jeu (temps de concertation, de régulation, voire d'arbitrages).

L'encadrement de proximité représente un enjeu fort au service de la mise en oeuvre du PS. Plus éloignés du « sommet stratégique », et en prise directe avec le terrain, leur identité professionnelle peut être mise à mal. Renforcer si besoin leurs compétences en conduite de projet pour parvenir à une réelle expertise peut s'avérer nécessaire.

Construire le PS sur des fondements qualité en situant le patient au cœur du projet, par une déclinaison de ses objectifs à partir des écarts entre qualité attendue / qualité perçue par les usagers et qualité conçue / qualité produite par les professionnels, selon la logique client/fournisseur.⁵⁶ L'appropriation, par les cadres, d'outils méthodologiques, type qualité, (démarche EPP⁵⁷, audits cliniques...) est indispensable pour que le principe d'évaluation devienne une réalité voire un automatisme au quotidien. En développant les compétences de l'encadrement de proximité et en les responsabilisant, ils peuvent alors jouer leur rôle de « marginal sécant », à l'intersection du dehors (institution) et du dedans (service), favorisant la mise en œuvre du PS. « *Les projets institutionnels à l'hôpital pour qu'ils essaient à travers toute l'organisation, plaident en faveur d'une décentralisation des responsabilités et mettent les cadres hospitaliers en position de marginal sécant* ». ⁵⁸

Par l'expression de ses convictions, par le soutien et l'accompagnement de l'encadrement, par son positivisme (face à l'erreur, transformer le réflexe faute-sanction en opportunité de progrès), le directeur des soins démontre son engagement dans le management du PS et en même temps utilise le PS comme outil de management.

3.6 L'évaluation et la formation pour accompagner le projet de soins

Nous avons insisté sur la communication nécessaire des résultats du projet de soins, garantie du suivi de la mise en œuvre de ce projet. Cela implique d'avoir défini la politique d'évaluation, composante inhérente à la définition du projet, dès son élaboration.

L'étude nous montre que cette notion apparaît dans le document du projet mais de manière brève et plus ou moins explicite. Nous pensons que cette évaluation doit être pensée avec les professionnels concernés (que veut-on évaluer ? pourquoi ?) et construite (quels critères ? quelles modalités retenues ? à quelle périodicité ? par qui ?) afin de permettre aux différents acteurs concernés d'avoir une lisibilité prospective de ce qui est attendu et de limiter le ressenti d'effet contrôle exprimé bien souvent lors de demande d'évaluation a posteriori. Un projet de soins s'inscrit dans la durée et il nous semble improbable de pouvoir anticiper toutes les évolutions compte tenu de la rapidité des changements (développement d'une nouvelle activité nécessitant de nouvelles compétences par exemple).

Cela signifie pour le directeur des soins d'être vigilant quant aux réajustements qui seront à opérer et d'être en capacité d'expliquer aux professionnels toute réorientation du PS qui

⁵⁶ ROUSSEL P., Qualité et risques dans les organisations de santé, Cours ENSP, Février 2006.

⁵⁷ EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles.

⁵⁸ HART J.-LUCAS S., Op cit, p.6

en découlerait. Dans ce cadre, il appartient aussi au directeur des soins d'argumenter et de négocier avec la direction les moyens qui peuvent s'avérer nécessaires.

Le PS peut aussi nécessiter un accompagnement en terme de formation. A envisager comme «un moyen au service de » et non «en tant que finalité », la formation est à penser dans une logique globale et pluriannuelle, en corollaire des besoins liés à la mise en œuvre du PS. La négociation du dispositif de formation du PS est à mener par le directeur des soins, dans le cadre du plan de formation institutionnel, avec un souci de cohérence et de faisabilité.

Enfin, nous avons précisé la place cruciale de l'encadrement pour une réussite du projet, cela suppose d'anticiper la gestion des compétences cadres.

Outre la formation continue courte qui renforce le niveau des compétences des cadres en poste, il convient aussi de prévoir le renouvellement des cadres via la promotion professionnelle alliée à une politique de recrutement externe selon les besoins, afin de bénéficier d'expériences diversifiées. La promotion d'une mobilité interne, de l'encadrement nous apparaît aussi un moyen de développement des compétences tout en garantissant le niveau requis de stabilité nécessaire au fonctionnement des services. Anticiper et organiser le mouvement des cadres représente un enjeu notamment à la phase d'élaboration du PS, la connaissance des professionnels étant un atout pour les impliquer dans la réflexion et l'élaboration du PS.

CONCLUSION

Ce travail de fin de formation nous a permis d'approfondir notre réflexion et nos questionnements relatifs à la conduite du projet de soins, mission qui nous incombera dans notre exercice futur.

La lecture du cadre réglementaire et contextuel nous a montré comment les notions de projet d'établissement et de projet de soins ont évolué. Progressivement, notamment à travers les dernières réformes engagées, les exigences du législateur se sont renforcées pour développer la dimension stratégique de ces projets. L'élargissement du projet de soins infirmiers au projet de soins, l'introduction du projet de prise en charge des patients dans le PE témoigne d'une volonté de décloisonnement interne au sein de l'hôpital.

L'étude réalisée a été l'opportunité d'appréhender la conduite du projet de soins sur le terrain et d'identifier les facteurs contributifs à sa mise en œuvre au quotidien.

Pour autant, la connaissance et l'appropriation du projet de soins demeure encore hétérogènes limitant la mobilisation des acteurs. Il revient donc au directeur des soins de s'engager pleinement pour promouvoir le projet de soins en l'articulant au mieux avec les autres démarches institutionnelles et en jouant son rôle de leadership, afin de donner sens au projet d'établissement.

La position du coordonnateur des soins, au sein de l'équipe de direction lui permet de bénéficier des sources d'informations relatives à l'ensemble des projets institutionnels, ce qui lui confère la responsabilité de coordonner et articuler au mieux les différentes démarches, mais aussi le devoir d'alerter voire d'influencer les décisions en regard du principe de réalité.

Nous sommes conscient des difficultés et des limites inhérentes à cet exercice qui s'intègre dans un contexte singulier qu'il nous appartient d'identifier en profondeur pour orienter notre stratégie de conduite de projet. La dimension technique, stratégique et culturelle du projet prend ici tout son sens. Convaincu, également de la présence de forts potentiels humains à l'hôpital, il nous incombe la responsabilité de développer un management « positif », qui s'appuie sur les expériences et acquis des professionnels, et qui les valorisent, tout en négociant voire arbitrant les règles du jeu qui s'imposent.

Nous pensons également qu'il nous appartient de nous approprier au mieux les réformes actuellement engagées à l'hôpital afin de les transformer en opportunités au service de la qualité des soins dispensés.

En initiant une démarche par projet qui « substitue au changement pensé et imposé par le haut, un changement horizontal pensé et implanté par le côté ou le latéral se substitue au vertical »⁵⁹, les collaborations entre les acteurs concernés prennent sens et le projet de soins peut alors représenter une réelle plus value pour la prise en charge de l'utilisateur et pour les professionnels.

⁵⁹ BOUTINET JP., Psychologie des conduites à projet, Paris, Editions PUF, 1993, p.52.

Bibliographie

OUVRAGES

- ALTER N.**, *L'innovation ordinaire*, Paris, Editions PUF, 2000, 284 p.
- BOUTINET J.P.**, *Anthropologie du projet*, Paris, Editions PUF, 1990, 307p.
- BOUTINET J.P.**, *Psychologie des conduites de projets*, Paris, Editions PUF, 1993, 126p.
- CREMADEZ M.**, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, Masson, 1992,
- DUBAR C.**, *La socialisation*, Paris, Editions Armand Colin, 2000, 255 p.
- DUBAR C., TRIPIER P.**, *Sociologie des professions*, Paris, Editions Armand Colin, 1998, 256p.
- GRAWITZ M.**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions Dalloz, 1993, 870p.
- HART J, LUCAS S.**, *Management hospitalier*, Paris, Editions Lamarre, 2002, 180 p.
- HONORE B.**, *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Editions Privat, 1992, 203 p.
- KOURILSKY F.**, *Du désir au plaisir de changer*, Paris, Editions Dunod, 1995, 332 p.
- MAGUERES G.**, *L'amélioration rapide de la qualité*, Rennes, Editions ENSP, 2005, 119 p.
- PLANE JM.**, *Théorie des organisations*, Paris, Editions Dunod, 2000, 125 p.
- QUIVY R, VAN CAMPENHOUDT L.**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Editions Dunod, 1995, 287 p.
- SAINSAULIEU R.**, *L'identité au travail*, Paris : Editions des Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1977, 476 p

REVUES

- ALTER N.**, Organisation et innovation : une rencontre conflictuelle, Sciences humaines, mars/avril 1998, hors série n° 20, pp 56-59.
- BELLIER-MICHEL S.**, *L'individu et le système*, Sciences humaines, mars/avril 1998, hors série n° 20, pp 44-47.
- BOUTINET JP.**, *Intérêts et limites du management par projet*, Soins cadres, février 2006, n°57, p 61-64

BOUTINET JP., *La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?* adsp, décembre 2000, n°33, pp 47-51.

DUBOYS FRESNEY C., *Projet médical, projet de soin...Vers le projet des patients*, Gestions hospitalières, août/septembre 2004, pp 531-535.

ROYER-COHEN N., *Projet de soins et projet d'établissement, un enjeu pour le directeur des soins*, Soins cadres, août 2003, n°47, pp 46-48

SAUSSOIS JM., *Coordonner, coopérer, adhérer, les enjeux du management*, Sciences humaines, mars/avril 1998, hors série n° 20, pp 64-67.

MEMOIRES

COUSIN D., *Le projet de soins infirmiers : un apprentissage expérientiel, un acquis du service de soins infirmiers et de l'infirmier général pour s'impliquer dans une dynamique de changement*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999.

DELAMARE P., *La commission des soins infirmiers, médico-techniques, de rééducation : un outil de management pour soutenir la politique de soins*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2004

FALIGANT G., *L'évaluation du projet de soins infirmiers : enjeux et perspectives*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2001.

LOIZIC MP., *Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Evolutions, enjeux et prospectives*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la fonction d'infirmier.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier au corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS, juin 2006.

Liste des annexes

ANNEXE 1

Guide d'entretien des cadres de proximité, des cadres supérieurs de santé et des infirmières

Guide d'entretien des directeurs des soins

Guide d'entretien du médecin

Guide d'entretien du directeur adjoint chargé de la coordination des projets

ANNEXE 2

Lecture comparative des trois projets de soins (PS) Site 2

ANNEXE 1

Guide d'entretien des cadres de proximité, des cadres supérieurs de santé et des infirmières

Pouvez- vous me dire ce que représente pour vous le projet de soins en général ?

Que signifie pour vous le projet de soins en cours dans votre établissement ?

Qu'en pensez vous ? A quoi sert il ?

Pouvez-vous me parler de votre participation au projet de soins ?

Qu'est ce qui vous a amené à participer au projet de soins ?

Sur quels domaines avez vous travaillé ? Qu'en pensez vous ?

Pouvez vous me parler de la méthode qui a été retenue pour réaliser ce projet de soins?

Qu'en pensez vous ?

Que vous a apporté cette expérience ?

Quelle a été l'information faite sur le projet de soins ? Qu'en pensez vous ?

Echangez-vous avec vos collègues à ce sujet ? Sous quelle forme ?

Pouvez vous me parler des résultats du projet de soins, à ce jour?

Que pensez-vous de l'articulation de ce projet avec les autres projets de l'établissement ?

Avez-vous, à ce jour, des attentes particulières vis à vis de ce projet de soins ?

Quelles sont les propositions que vous souhaiteriez faire pour le prochain projet ?

Guide d'entretien des directeurs des soins

Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel, et de votre arrivée dans l'établissement ?

Pouvez-vous me dire ce que représente pour vous le projet de soins en général?

Pouvez-vous me parler du projet de soins en cours dans votre établissement ?

Quand et comment a-t-il été initié ?

Sur quels thématiques porte ce projet et pourquoi?

Pouvez-vous me parler de la méthode qui a été retenue pour réaliser ce projet de soins?

Quelles ont été les modalités de communication autour de ce projet ?

Quels sont les résultats du projet de soins, à ce jour ?

Qu'en pensez-vous ?

Quel est votre rôle dans la mise en œuvre de ce projet?

Quel bilan en faites-vous ?

Comment identifiez-vous les articulations de ce projet avec les autres projets de l'établissement?

Comment voyez-vous évoluer ce projet ?

Quelles perspectives pour le prochain projet de soins ?

Guide d'entretien du médecin

Pouvez- vous me dire ce que représente pour vous le projet de soins en général?

Que signifie pour vous le projet de soins en cours dans votre établissement ?

Qu'en pensez vous ? A quoi sert il ?

Pouvez-vous me parler de votre participation au projet de soins ?

Qu'est ce qui vous a amené à participer au projet de soins ?

Sur quels domaines avez vous travaillé ? Qu'en pensez vous ?

Pouvez vous me parler de la méthode qui a été retenue pour réaliser ce projet de soins?

Qu'en pensez vous ?

Que vous a apporté cette expérience ?

Quelle a été l'information faite sur le projet de soins ? Qu'en pensez vous ?

Pouvez vous me parler des résultats du projet de soins, à ce jour?

Que pensez-vous de l'articulation de ce projet avec les autres projets de l'établissement, notamment le projet médical?

Quelle est la perception de la communauté médicale par rapport au projet de soins ?

Avez-vous, à ce jour, des attentes particulières vis à vis de ce projet?

Comment voyez-vous évoluer ce projet ?

Guide d'entretien du directeur adjoint chargé de la coordination des projets.

Pouvez- vous me parler du rôle de votre direction en regard du projet d'établissement ?

Que signifie pour vous le projet de soins en cours dans votre établissement ?
A quoi sert il ?

Que pensez vous des thématiques retenues dans ce projet ?

Pouvez vous me donner votre avis sur la méthode retenue pour réaliser ce projet ?

Quelles sont et/ou ont été les modalités de communication déployées autour du projet de soins ?

Pouvez vous me parler des résultats du projet de soins, à ce jour?

Que pensez-vous de l'articulation de ce projet avec les autres projets de l'établissement ?

Avez-vous, à ce jour, des attentes particulières vis à vis de ce projet?

Comment voyez-vous évoluer ce projet ?

ANNEXE 2

Lecture comparative des trois projets de soins (PS). Site 2

Projet de soins 1995/1999, projet de soins 2001/2005, projet de soins 2006/2010

Une méthodologie participative pour l'élaboration du projet de soins qui prend en compte voire anticipe l'évolution réglementaire.

La direction des soins, maître d'œuvre, dans l'élaboration du projet de soins, s'est toujours attachée à développer une méthodologie participative en initiant dès 1993, un groupe de « pilotage » chargé de décliner les axes du PS 1995/1999 soumis ensuite à un groupe projet (constitué en 1994) pour validation. A noter l'évolution sémantique pour le PS 2006/2010 où le groupe de pilotage voit ses missions davantage relever de la validation. Les axes prioritaires du PS sont déterminés par quatre groupes de travail. Le principe du volontariat pour constituer les différents groupes, reste affirmé, dans un souci de mobilisation et d'implication des acteurs, tout en recherchant les représentativités les plus pertinentes.

Il est intéressant de noter que, même à l'ère du projet de soins infirmiers, les professionnels paramédicaux (médico-techniques, de rééducation), les sages femmes et les personnels socio-éducatifs sont associés à la réflexion soignante. Cela met en exergue une volonté d'inscrire la qualité des soins dans une dimension de prise en charge globale du patient.

Dans le même sens, dès le PS 2001/2005, la direction des soins associe des infirmières libérales aux travaux menés permettant ainsi de situer le parcours du patient en amont et en aval de l'hospitalisation pour garantir une continuité des soins.

Enfin, la présence de représentants des usagers, ainsi que la prise en compte d'une enquête de satisfaction réalisée à la veille du PS 2006/2010, démontre la volonté de centrer ce projet sur les attentes des usagers, en cohérence avec la loi du 4 mars 2002.

Une recherche de cohérence de plus en plus marquée avec le projet médical.

Dès le PS 2001/2005, des médecins hospitaliers sont associés aux travaux, cette orientation est renforcée dans le PS en cours.

Ainsi le PS 2006/2010 affiche explicitement, d'une part les orientations complémentaires au projet médical, et d'autre part les orientations spécifiques à l'activité paramédicale et socio-éducative. Cette articulation n'apparaît pas visible dans le PS 1995/1999.

Une articulation de plus en plus forte avec la démarche qualité.

Le projet de soins s'inscrit par définition dans une recherche de qualité des soins. Pour autant, la démarche d'accréditation, les référentiels ANAES imposent de réinterroger la formalisation des axes du projet de soins dans un souci de cohérence et de lisibilité pour l'ensemble de la communauté hospitalière. Ainsi la direction des soins affiche cette

articulation dès le PS 2001/2005 et la renforce lors du dernier PS par un co-pilotage DS/DAQRU⁶⁰ de certaines actions.

Une évolution, un approfondissement des thématiques.

Le PS 1995/1999 semble représenter un «acte fondateur et fédérateur» du service infirmier en regard de la loi du 31 juillet 1991. Il précise la structure, l'organisation et les missions du service infirmier (les activités de chaque professionnel selon sa qualification, en regard des textes professionnels). Un travail de réflexion aboutit à la formalisation des valeurs et concepts de soins qui fondent toute politique de soins.

Puis des objectifs globaux et opérationnels sont déclinés sous forme d'actions à réaliser selon un échéancier. L'évaluation du projet est envisagée à deux niveaux (l'action dans le projet et l'action dans sa mise en œuvre).

Les thématiques concernent l'analyse de l'activité soignante, l'évaluation formative des agents dans leurs pratiques, la définition des fonctions, l'élaboration des profils de poste, la démarche de soins et le diagnostic infirmier, les protocoles d'urgence.

Le PS 2001/2005 s'appuie sur les fondements du précédent PS, en reprenant les valeurs fondamentales, les concepts de soins. Il reprécise les missions de la direction du service de soins. Il associe le «prendre soin des patients» et «l'accompagnement des professionnels» dans cette démarche. Il définit ses axes à partir d'orientations retenues dans le projet médical. Chaque axe fait l'objet d'un constat de la situation, de son lien avec le projet médical, de l'évolution de la problématique, et de propositions d'actions concrètes d'amélioration (dossier de soins, protocoles communs..). Les moyens d'accompagnement sont identifiés ainsi que les modalités d'évaluation.

Les thématiques concernent la démarche d'accueil, la démarche de réponse aux besoins, la démarche de coordination avec tous les professionnels, la démarche d'évaluation. Ce projet présente une ambition très large.

Le PS 2006/2010 reprend et renforce les valeurs et concept de soins tout en réajustant la politique de soins en intégrant les évolutions sociétales et règlementaires (bonnes pratiques professionnelles, respect des droits fondamentaux). Le contenu se veut complémentaire du projet médical (adaptation des organisations paramédicales et socio-éducatives, participation à de nouveaux modes de prise en charge, prises en charge spécifiques, vigilances). Ce projet s'inscrit également dans la continuité du précédent PS

⁶⁰ Direction de l'Accueil, de la Qualité et des Relations avec les Usagers.

en ce qui concerne les axes spécifiques à l'activité paramédicale et socio-éducative (démarche accueil, continuité/coordination des soins, évaluation des pratiques professionnelles, développement de la participation du patient à sa prise en charge, information du patient, développement des soins préventifs et éducatifs). Chaque axe est décliné en objectifs, puis en actions avec identification des pilotes et co-pilotes chargés d'accompagner l'action. Les moyens et conditions nécessaires sont déterminés selon un calendrier prévisionnel. A noter le budget prévisionnel n'a pas fait, à ce jour, l'objet d'une négociation avec la direction générale.

Enfin l'évaluation est envisagée via la commission des soins.

La place de la commission des soins toujours affirmée.

Enoncée dans chaque projet, la commission des soins est envisagée comme un organe de consultation et de coordination des productions réalisées dans le cadre du projet de soins (résultats d'évaluation, coordination des actions initiées).

Synthèse.

A la lecture successive ces trois projets, on remarque une évolution certaine tant sur le fond que sur la démarche initiée. Les axes du projet de soins ont été progressivement affinés avec une volonté de parvenir à des actions réalistes, réalisables. Les objectifs de pragmatisme, de concrétisation et d'opérationnalité, de plus en plus prégnants doivent permettre de donner sens à ce projet pour les professionnels. L'articulation de plus en plus affirmée avec le projet médical et la démarche qualité doit renforcer la dimension institutionnelle du PS. L'autre but poursuivi vise l'appropriation du PS par l'ensemble des acteurs. L'ouverture des groupes de travail (infirmière libérale, usagers, médecins) conjuguée à l'aspect pluri professionnel devrait être un gage d'implication et de mobilisation des acteurs, condition essentielle pour faire vivre le projet. La démarche participative, pluri professionnelle dès l'élaboration du PS, dans un souci de continuité par rapport au précédent projet, apparaît très fortement dans le PS 2006/2010. La déclinaison méthodologique du PS 2006/2010, dans sa mise en œuvre sous la responsabilité de pilotes et co-pilotes, inscrit la conduite de ce projet dans un principe d'identification et de responsabilisation des acteurs. L'atout du PS 2006/2010 réside dans une volonté de capitalisation des acquis antérieurs, et d'adaptation voire d'anticipation face aux évolutions hospitalières.

Les atouts et les limites du projet de soins 2006/2010.

Les atouts du PS 2006/2010.

Objectifs concrets, réalistes, réalisables et centrés sur le patient

Adaptation et évolution des compétences paramédicales inscrites dans le PS, axe déterminant en regard des évolutions technologiques

Plans d'action cohérents en regard des problématiques de terrain

Prise en compte des actions antérieures (renforcement et/ou réajustement)

Culture soignante développée au sein de l'établissement (dynamique de projets, précédents PS)

Expertise en terme de conduite de projet au niveau de l'encadrement supérieur

Cohérence et collaboration entre les pilotes des plans d'action.

Reconnaissance du PS au niveau de l'équipe de direction

Méthodologie participative initiée pour l'élaboration du PS

Cohérence de cette méthodologie (claire, visible dans le document PS, pertinence de la représentativité, communication faite auprès de l'encadrement)

Mobilisation des acteurs dans les groupes de travail

Identification et responsabilisation des pilotes et co-pilotes des plans d'actions

Présence, au sein de la direction des soins, d'un CSS, expert en soins, chargé d'accompagner des projets institutionnels et pilote de plusieurs plans d'action du PS

Direction des soins centrée sur l'expertise soignante et positionnement affirmé en ce sens

Fiches de poste du coordonnateur et du directeur des soins affichent la mission et la responsabilité du pilotage du projet de soins

Fiche de poste du CSS de pôle (à venir), affiche la responsabilité de décliner et faire vivre le projet de soins au niveau des pôles

Ces éléments ont été revendiqués par la direction des soins et acceptés par la direction.

Les limites du PS 2006/2010.

Budget prévisionnel d'accompagnement des plans d'actions non négocié avec la direction, ce qui limite la marge de manœuvre de la direction des soins

Actualité de l'établissement (organisation en pôles), génère incertitudes et interrogations au niveau de l'encadrement supérieur sachant qu'il semble exister une interrogation sur les attentes de l'institution vis à vis du CSS de pôle (fiche de poste à venir). Calendrier de « la mise en pôles » juxtaposé au lancement des plans d'actions

Multitude de projets initiés conjointement au niveau de l'institution, vigilance de la direction des soins pour coordonner et articuler au mieux l'ensemble, voire alerter selon les situations

Questionnement relatif à la place du PS dans les projets de pôles. Le coordonnateur des soins a exigé que la chartre de fonctionnement des pôles, en cours d'élaboration, précise la nécessité de décliner les axes du PS dans le cadre du contrat de pôle.

Communication autour du projet. Explicite pour les CSS, réunion réalisée auprès des CS semble ne pas avoir atteint son objectif (peu de questions, lié au contexte mouvementé ? aux modalités de présentation ?)

Quelle communication auprès des professionnels des unités ? cadre/dépendant

Rôle de la commission des soins à affirmer dans la réalité. En faire un organe de communication du PS, sachant que la nouvelle commission est constituée de membres élus, ce qui peut influencer sur sa dynamique

Quelle participation dans les plans d'actions, à ce jour, des professionnels des unités ? Il semble que la mise en œuvre repose essentiellement sur l'encadrement : est-ce viable de par leur activité croissante ? N'est ce pas un frein à la mobilisation et à l'implication des professionnels des unités de soins ?

Frontières peuvent se superposer entre les plans d'actions, cela supposera des réajustements, intérêt alors de la réactivité et de la complémentarité des pilotes

Vigilance de la direction des soins à maintenir au niveau de la commission de formation, à la veille de la V2 (articuler au mieux les actions à mener, pour éviter une priorisation trop forte du côté certification au détriment des besoins en lien avec le PS).

Carmen LE BORGNIC- Stagiaire Directeur des Soins- Juin 2006